



**Programa de Doctorado en Medicina**

**IMPACTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA  
INTESTINAL SOBRE LA SEXUALIDAD**

Tesis Doctoral presentada por

**ELISA CARRERA ALONSO**

Directores: Dr. Prof. Daniel Boixeda de Miquel  
y Dr. Antonio López San Román

Alcalá de Henares, 2014

© Elisa Carrera Alonso, 2014

[ecarreraa@sescam.com](mailto:ecarreraa@sescam.com)

A los que me han ayudado



## **AGRADECIMIENTOS**



Al Dr. Antonio López San Román, médico adjunto del Servicio de Gastroenterología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid por haber aceptado dirigirme la tesis y por el apoyo y confianza depositado en mí a lo largo de todo este tiempo. Sin ninguna duda, de no haber sido por su orientación, su dedicación, ilusión y motivación, este proyecto no hubiera llegado a su fin. Además quiero expresarle mi particular agradecimiento por haberme introducido en el mundo de la enfermedad inflamatoria intestinal y por haberme enseñado su especial forma de conectar con los pacientes.

Al Dr. Daniel Boixeda, Jefe de Sección de Gastroenterología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, codirector de esta tesis, por haber aceptado dirigirme la tesis y por su participación en este trabajo.

Al Dr. Juan Ramón Larrubia, médico adjunto del Hospital Universitario de Guadalajara, por su ayuda en la realización del análisis estadístico, por el tiempo dedicado y sus acertados consejos.

Al Dr. Federico Rojo, médico adjunto del Servicio de Anatomía Patológica de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, por su ayuda en la realización del análisis estadístico, por su paciencia y su apoyo.

A la Dra. Sara Morales, médico adjunta del Servicio de Ginecología del Hospital La Moraleja de Madrid, por su ayuda en la interpretación de los estudios hormonales realizados.

A los voluntarios que aceptaron a participar en el estudio ya que gracias a su ayuda este proyecto pudo salir adelante.





## ÍNDICE



I.	RESUMEN .....	15
II.	SUMMARY .....	23
III.	INTRODUCCIÓN.....	31
A.	LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. RECUERDO FISIOPATOLÓGICO Y CLÍNICO .....	33
B.	CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON EII .....	35
1.	Conceptos .....	35
2.	Medición de la calidad de vida.....	37
3.	Impacto de la calidad de vida en los pacientes con EII.....	39
C.	ASPECTOS IMPORTANTES DE LA FUNCIÓN SEXUAL .....	42
1.	Fisiología de la función sexual .....	42
2.	Factores que influyen en la sexualidad .....	47
3.	Medición de la función sexual .....	52
D.	SEXUALIDAD EN LOS PACIENTES CON EII.....	53
1.	¿Afecta la EII a la sexualidad? .....	53
2.	Factores modificantes de la sexualidad en los pacientes con EII.....	59
IV.	JUSTIFICACIÓN .....	63
V.	OBJETIVOS .....	69
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS .....	73
A.	CRITERIOS DE SELECCIÓN EN EL ESTUDIO .....	75
1.	Criterios de inclusión .....	75
2.	Criterios de exclusión.....	76
B.	CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL.....	76
1.	Grupo de pacientes .....	77
2.	Grupo control .....	80
D	DEFINICIONES.....	81
1.	Enfermedad grave .....	81
2.	Actividad inflamatoria.....	81
E.	DISEÑO DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	81
VII.	RESULTADOS .....	85
A.	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS SUJETOS DEL ESTUDIO .....	87
B.	ESTUDIO DE FUNCIÓN SEXUAL .....	94
1.	Análisis descriptivo sobre la opinión de los pacientes con EII .....	94
2.	Valoración objetiva de la sexualidad .....	98
3.	Riesgo de disfunción sexual en los pacientes con EII.....	110
4.	Factores que influyen en el deterioro de la sexualidad en los pacientes con EII: estudio multivariante. ....	126

VIII.	DISCUSIÓN .....	137
A.	SEXUALIDAD EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: OPINIÓN DE LOS PACIENTES Y COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN GENERAL. ....	139
B.	FACTORES IMPLICADOS EN LAS ALTERACIONES DE LA SEXUALIDAD DE LOS PACIENTES CON EII .....	143
1.	Trastornos del ánimo .....	143
2.	Actividad inflamatoria.....	145
3.	Edad.....	146
4.	Tiempo de relación en pareja .....	147
5.	Calidad de vida.....	147
6.	Otros factores: tipo de enfermedad, gravedad, enfermedad perianal, ostomías. ....	148
C.	APORTACIÓN DE NUESTRO ESTUDIO .....	150
D.	SEXUALIDAD EN LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE EII .....	153
IX.	CONCLUSIONES .....	157
X.	ANEXOS .....	167
1.	CRITERIOS DE LENNARD-JONES PARA EL DIAGNÓSTICO DE COLITIS ULCEROSA.....	169
2.	CRITERIOS DE LENNARD-JONES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN .....	170
3.	ACTA DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA .....	171
4.	ÍNDICE DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA DE HARVEY-BRADSHAW PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN .....	172
5.	ÍNDICE DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA DE LITCHIGER PARA LOS PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA .....	173
6.	LISTA DE FÁRMACOS Y DROGAS QUE AFECTAN LA FUNCIÓN SEXUAL .....	174
7.	CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS .....	175
8.	CUESTIONARIO CSFQ: HOMBRES .....	176
9.	CUESTIONARIO CSFQ: MUJERES .....	177
10.	PREGUNTAS SUBJETIVAS SOBRE LA SEXUALIDAD.....	178
11.	ESCALA ANALÓGICA VISUAL DEL CUESTIONARIO EUROQOL	179
12.	CUESTIONARIO IBDQ-9 .....	180
13.	CUESTIONARIO HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HAD) 181	
XI.	BIBLIOGRAFIA.....	183

## ABREVIATURAS

EII	Enfermedad inflamatoria intestinal
CU	Colitis ulcerosa
EC	Enfermedad de Crohn
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
IBDQ	Inflammatory Bowel Disease Questionnaire
CSFQ	Changes in sexual Functioning Questionnaire
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale
EVA	Escala Visual Analógica
PCR	Proteína C reactiva
VSG	Velocidad sedimentación globular
FSH	Hormona folículo estimulante
LH	Hormona luteinizante



## **I. RESUMEN**





La enfermedad inflamatoria intestinal, como otras enfermedades crónicas, tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes que la padecen, produciendo cambios no solo en un plano físico, sino también a nivel emocional, pudiendo condicionar su desarrollo social, laboral y escolar. El restablecimiento de la calidad de vida, cobra especial importancia en aquellas enfermedades crónicas que no tienen un tratamiento curativo, en las que la idea de cantidad de vida se sustituye por la de calidad, siendo de vital importancia el alivio de los síntomas y la mejoría de la capacidad funcional. La EII es una patología crónica, que cursa con momentos de inactividad y brotes de actividad inflamatoria de diferente gravedad. Lógicamente la repercusión tanto física como a nivel emocional y social, varía en función de la actividad inflamatoria de cada momento. Pero incluso cuando los pacientes se encuentran en remisión, los estudios demuestran una merma en su calidad de vida.

La enfermedad afecta generalmente a individuos jóvenes, se presenta con síntomas como diarrea, dolor abdominal, incontinencia fecal o astenia y puede precisar ingresos hospitalarios frecuentes y tratamientos médico-quirúrgicos que modifiquen su imagen corporal. Aunque todas estas características hacen pensar que la enfermedad pueda tener una repercusión significativa en la sexualidad de estos pacientes, existen pocos estudios que permitan establecer dicho impacto. Los primeros estudios publicados, son trabajos metodológicamente deficientes, al ser en su mayoría estudios sin grupos control. Entre los estudios publicados, el que tiene un diseño más adecuado y con mayor número de pacientes, revela que la sexualidad de los varones con EII no presenta diferencias con la de la población control. En las mujeres los resultados obtenidos son dispares, con conclusiones variables según el grupo control con el que se comparó.

La actividad inflamatoria, es uno de los aspectos con mayor impacto sobre la calidad de vida y según el estudio de Timmer, ésta es un factor determinante en el funcionamiento sexual de los varones con EII. Sin embargo, el mismo grupo no pudo confirmar dicha asociación en el caso de las mujeres con EII. No se han encontrado diferencias significativas en la sexualidad de los pacientes en función del tipo de enfermedad inflamatoria que padecen.

Podemos decir que la sexualidad en los pacientes con EII, es un tema poco estudiado y que los trabajos disponibles no arrojan resultados claros sobre como la enfermedad afecta este aspecto de su calidad de vida. Con nuestro estudio pretendemos aclarar algunas de estas incógnitas.

## Hipótesis y Objetivos

Basándonos en lo expuesto previamente, se planteó si los pacientes con EII tenían una calidad de vida sexual alterada en los momentos en los que su enfermedad se encontraba en fase inactiva o con actividad leve-moderada y cuáles eran los factores fundamentales que podrían estar en relación con dicha disfunción.

## Material y métodos

Para contrastar la hipótesis planteada, se estudió prospectivamente la sexualidad de un grupo de pacientes de la consulta monográfica de EII del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, que se encontraban en fase de inactividad o con actividad leve o moderada y se comparó con la de un grupo control de individuos sanos.

La sexualidad se ve afectada por múltiples factores, como algunas enfermedades crónicas, los trastornos afectivos y algunos fármacos y drogas. Con el fin de depurar al máximo las posibles interacciones que estos factores pudieran tener en las conclusiones del estudio, se excluyeron todos aquellos individuos que tenían alguna patología previa o tomaban algún fármaco que produjese por sí mismo alteraciones en la sexualidad.

Para el análisis de la función sexual, se empleó el cuestionario de calidad de vida sexual CSFQ, que permite estudiar de forma separada a hombres y mujeres. La sexualidad humana combina una compleja serie de fenómenos biológicos, afectivos y cognitivos a cuyo conjunto se le denomina respuesta sexual y que está compuesta por una secuencia de fases cíclicas que interactúan entre sí, reforzándose o inhibiéndose

recíprocamente. Dichas fases son el deseo, la excitación, el orgasmo y la fase de resolución. Esta distinción tiene relevancia clínica, ya que muchos trastornos de la respuesta sexual, afectan de forma selectiva a alguna de estas fases. El cuestionario CSFQ permite evaluar los diferentes aspectos que definen la sexualidad.

Además se incluyeron en el cuestionario unas preguntas sobre cómo los pacientes consideraban que la enfermedad interfería en su sexualidad. Dichas preguntas se tomaron de estudios previos publicados en la literatura.

Para definir el riesgo de disfunción sexual en los pacientes con EI, se realizó un estudio univariante y otro multivariante, incluyendo los siguientes factores de riesgo: presencia de EI, la edad, los trastornos del ánimo, el tiempo de relación en pareja y la calidad de vida.

Para evaluar los aspectos fundamentales que podían afectar la sexualidad de los pacientes con EI, se realizó un estudio multivariante, incluyendo entre los factores de riesgo, la edad, el estado emocional, el tiempo de relación en pareja, el tipo de enfermedad inflamatoria, actividad inflamatoria, los niveles de PCR, la presencia de patología perianal, enfermedad grave y cirugías abdominales, los años de evolución de la enfermedad y la calidad de vida.

## Resultados

Ciento diecisiete pacientes con EI participaron en el estudio, de los cuales 97 devolvieron el cuestionario (37 mujeres y 60 varones). Ciento tres controles colaboraron participando en el estudio (59 mujeres y 44 varones). La mediana de edad fue similar en ambos grupos estudiados, tanto en hombres como en mujeres.

Los pacientes perciben la enfermedad como un factor determinante en sus relaciones sexuales, considerando el 63% de éstos que la enfermedad modifica su sexualidad de algún modo. El dolor durante las relaciones, el cansancio, el miedo a la incontinencia, la preocupación por tener un baño cerca y las alteraciones en la

autoestima, han sido algunos de los factores que según los pacientes dificultan sus relaciones sexuales. El 76,6% de las mujeres y el 73% de los hombres respondieron que la sexualidad es un tema importante o muy importante para ellos.

Los pacientes presentaron un mayor porcentaje de alteraciones de la sexualidad que los individuos del grupo control, en casi todas las subesferas. Sin embargo, no se ha podido demostrar ninguna asociación entre la enfermedad inflamatoria y las disfunciones sexuales en las mujeres. Por el contrario, en los varones se demuestra como la EII, confiere un aumento del riesgo de padecer alteraciones en la sexualidad de forma global (RR 3,3) y en la esfera del orgasmo (RR 3,7).

En los varones con EII, el estudio multivariante identifica la edad como el factor con mayor influencia para el desarrollo de disfunciones sexuales, influyendo en todas las esferas de ésta (global RR 20,1, placer RR 11,3, deseo-frecuencia RR 8,9, deseo interés RR 5,8, excitación RR 25,6). a excepción del orgasmo. El resto de las variables estudiadas tienen un peso poco significativo en la sexualidad de estos pacientes, no pudiendo determinar ninguna relación entre la sexualidad y la actividad inflamatoria ni el tipo de enfermedad.

En las mujeres con EII, el estudio multivariante, identifica como factor principal de disfunción sexual a los trastornos del ánimo, afectando éstos a la globalidad de la sexualidad (RR 10,6) y a las esferas del deseo frecuencia (RR 64,1) y del orgasmo (RR 14,7). Las pacientes con relaciones de pareja más largas, tienen un factor de riesgo significativo de alteraciones en el deseo interés (RR 14,8). Las mujeres con peores puntuaciones en los índices de calidad de vida, tienen riesgo de presentar alteraciones en la sexualidad de forma general (RR 5,9).

## Conclusiones

Los pacientes con EII, manifiestan que la sexualidad es un tema de considerable importancia, tal y como demuestran las altas tasas de participación en nuestro estudio.

Los pacientes con EII, creen que la enfermedad afecta de forma significativa a su sexualidad.

Sin embargo, no se ha podido demostrar que la enfermedad tenga un papel determinante en las alteraciones de la sexualidad en las mujeres. En los hombres, la enfermedad inflamatoria intestinal afecta de forma negativa sobre la sexualidad de forma global y la esfera del orgasmo.

Los pacientes con trastornos del ánimo y los varones de mayor edad, son un grupo en los que las disfunciones sexuales son más probables, por lo que éstas deben explorarse de forma específica.



## **II. SUMMARY**





## Introduction

Inflammatory bowel disease (IBD), as other chronic conditions, has a significant impact on the quality of life of the patients who suffer it, producing not only physical but also emotional changes, and affecting their social, labour and scholar development. The restoration of the quality of life, has a special interest in chronic diseases that do not have a curative treatment, in which the idea of quantity of life is substituted by quality. In them the relief of the symptoms and the recovery of the functional capacity are essential. IBD is characterized by periods of clinical inactivity and others of flares of different seriousness. Logically, the physical, emotional and social consequences of the illness, depend on the inflammatory activity at each moment. But even when the patients are in remission, studies demonstrate a reduction in their quality of life.

These diseases generally affect young people, and may cause symptoms such as diarrhea, abdominal pain, fecal incontinence and asthenia, that can result in hospitalizations and surgical and medical treatments that can modify their corporal image. Although all these characteristics may lead to the idea that the IBD has a significant toll on the sexual life of the patients, there are very few studies that can establish that impact. The first studies addressing this subject, have methodologically deficiencies, as most of them do not have a control group to compare with. The study with the more adequate design and with a larger amount of patients, reveals that the sexual life in men with IBD has no differences with the control group. In women there are different results depending on the control group that is used.

Inflammatory activity is one of the aspects which has a greater impact in the quality of life, and in a previous study, it is a determinant factor in the sexual life of the men with IBD. However the same group of investigators could not demonstrate the same association in women. No association has been found between the type of disease and the sexual impairment.

We can therefore affirm, that the sexuality of the patients with IBD is a poorly researched issue and that the studies available do not bring clarifying conclusions to understand how the disease affects this aspect of their quality of life.

With our study we intend to clarify these questions.

## Hypothesis and objectives

Based on the previously exposed, we proposed to detect whether patients with IBD have an impaired sexual life when the disease has no inflammatory activity or this is just mild to moderate, and which are the main factors that may be implicated in these dysfunctions.

## Material and methods

To contrast the proposed hypothesis, we studied prospectively the sexuality of a group of patients of the IBD Clinic at the Gastroenterology Department, Ramón y Cajal Hospital in Madrid. All patients were either in an inactive phase or in a mild to moderate flare and were compared with healthy controls

Sexuality is affected by multiple factors such as chronic diseases, affective disorders and some drugs. In order to clear up the possible interactions that these factors could have in our results, patients with comorbidity or treated with any drug that may itself produce sexual impairment, were excluded from our study.

To measure the sexual function we used the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ), that permits the study of men and women in two different groups.

Human sexuality combines a complex series of biological, affective and cognitive reactions that make up the sexual response and which is composed by a

cycling sequence of phases that interact by inhibiting or reinforcing ones with others. These phases are desire, excitement, orgasm and resolution. This distinction has clinical relevance as many disorders of the sexuality are focused primarily and relatively selective in one of the aspects of the sexual cycle. The CSFQ questionnaire has the capacity to explore the sexuality not only in general but also the different aspects that compound the sexual cycle.

We included, as well, other questions referring how the patients consider that their illness is affecting their sexual life. Those questions were selected from previous studies.

To define the risk of sexual dysfunction of the patients with IBD, univariate and multivariate analysis were performed, including the following risk factors: presence of IBD, age, affective disorders, time in the stable relationship and quality of life.

To evaluate the fundamental aspects that may cause the sexual impairment in the IBD patients, a multivariate analysis was performed, including the following risk factors: age, emotional state, time in the stable relationship, type of the inflammatory disease, inflammatory activity, levels of PCR, presence of perianal disease, severity of the disease, abdominal surgeries, years of evolution of the disease and the quality of life.

## Results

One hundred and seventeen patients accepted to participate in the study, of which 97 returned the questionnaire (37 women and 60 men). One hundred and thirteen healthy controls participated in the study (59 women and 44 men). The median age of both groups was similar, in both men and women.

The patients perceived their disease as a main factor that affects their sexual relationships, considering 63% of them that their illness affects their sexuality in some way. Pain during sexual intercourse, asthenia, fear to incontinence and the awareness

of proximity of toilet facilities, are some of the factors that the patients identify as the cause of this impairment.

76'6% of the women and 73% of men considered that the sexuality is an important or a very important issue for them.

IBD patients had more percentage of sexual disorders than the control group, in most of their aspects. However we could not find any association between IBD and the sexual disorders in women. On the other hand, in men we could demonstrate that IBD confers a risk for sexual impairment in the global questionnaire (RR 3'3) and in the orgasm (RR 3'7).

In men with IBD the multivariate analysis identifies age as the main factor for sexual impairment , affecting all the sexual aspects, excepting the orgasm (global RR 20,1, pleasure RR 11,3, desire-frequency RR 8,9, desire-interest RR 5,8, excitement RR 25,6). The other risk factors studied had less significance in the sexuality of the IBD patients, and our study was unable to identify any relation between the sexual impairment and the inflammatory activity or the type of the disease.

In women, multivariate analysis identifies the affective disorders as the main factor affecting the sexuality of the IBD patients, being impaired the global sexuality (RR 10'6) and the desire-frequency (RR 64,1) and orgasm (RR 14,7).

Patients with longer affective relationships have a significant risk of alteration of their interest desire (RR 14,8). Women with worse punctuation in the quality of life index have greater risk of sexual dysfunction (RR 5,9).

## Conclusions

The IBD patients consider the sexuality as an important issue, as the high participation rate in our study confirms.

IBD patients think that their disease affects significantly their sexuality.

However, our study could not demonstrate that the illness has a determinate role in the sexual difficulties in women. In men, the inflammatory disease affects negatively the sexuality in general and the aspect of orgasm

Patients with affective disorders and older men, are a risk group for sexual dysfunction, and this should be taken into account specifically when treating IBD patients.



## **III. INTRODUCCIÓN**

## Introducción



# Introducción

## A. LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. RECUERDO FISIOPATOLÓGICO Y CLÍNICO

Conocemos como enfermedad inflamatoria intestinal (EII) a un grupo de enfermedades que cursan con inflamación del tubo digestivo. En la práctica clínica hace referencia a tres entidades: la colitis ulcerosa (CU), la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis indeterminada/ inclasificable. Hay autores que prefieren denominarla enfermedad inflamatoria intestinal idiopática o no específica para diferenciarla de otros procesos que cursan con inflamación intestinal de etiología conocida, como las colitis infecciosas, isquémicas o actínicas. Dentro del grupo de enterocolitis idiopáticas se podrían además incluir la colitis colágena, la colitis linfocítica, la colitis microscópica, la gastroenteritis eosinofílica, la enfermedad de Behçet y la reservoritis<sup>1</sup>. Sin embargo cuando se habla de EII en sentido estricto nos estamos refiriendo a las tres enfermedades principales.

La prevalencia e incidencia de la EII varían notablemente en función de la localización geográfica. En Europa las tasas de incidencia varían entre 1,5 y 20,3 casos/100.000 habitantes y año para la CU y 0,7 y 9,8 para la EC<sup>2-6</sup>. La incidencia es menor en los países de Europa más meridionales, denominándose a dicha diferencia gradiente Norte-Sur. En la actualidad, en todo el sur de Europa y concretamente en nuestro país, las diferencias con los países septentrionales son cada vez más discretas, pudiendo presuponer que disminuirán en un futuro. En España, la EII ha pasado de ser una enfermedad de presentación casi excepcional, a considerarse como relativamente frecuente, observándose un aumento de la incidencia en el transcurso del tiempo más evidente en la EC. En la revisión realizada por *Pajares y Gisbert*<sup>7</sup> en 2001 las tasas de incidencia para la CU variaban desde 0,6 a 8 casos/100.000 habitantes y año, con una media de 3,8, y desde 0,4 a 5,5 casos/100.000 habitantes y año, con un valor medio de 1,9 para la EC. En un estudio reciente sobre la incidencia en un área de la comunidad de Madrid se observaron 7'92 casos de EC por cada 100.000 habitantes y año y 7'47 casos de CU por cada 100.000 habitantes y año<sup>8</sup>.

La EC puede afectar a cualquier tramo del tracto gastrointestinal entre la boca y el ano, pero con mayor frecuencia compromete al intestino delgado distal y al intestino grueso proximal. La inflamación asociada con la enfermedad a menudo es

## Introducción

discontinua a lo largo del eje longitudinal del intestino y puede afectar todas las capas de la pared intestinal, desde la mucosa hasta la serosa. Esta entidad fue caracterizada por primera vez en 1932 por Crohn, Ginzburg y Oppenheimer<sup>9,10</sup>, aunque se conocen comunicaciones clínico patológicas de procesos similares que datan de por lo menos de dos siglos antes.

La CU se caracteriza por una inflamación de predominio mucoso que afecta al recto, aunque éste puede en ocasiones quedar indemne, y se extiende de manera proximal y continua, siendo variable la extensión de la afectación en el colon. Samuel Wilks la identificó por primera vez en 1859 y alrededor de 1909 Hawkins ofreció una excelente descripción de la enfermedad y de su evolución natural<sup>11,12</sup>.

La CU y la EC son enfermedades de etiología por el momento desconocida. Los estudios epidemiológicos proporcionan evidencias claras de que existe una susceptibilidad genética para estas enfermedades. Además se ha sugerido que los factores ambientales y por lo tanto los diferentes estilos de vida, como la industrialización, los hábitos dietéticos, el hacinamiento, el tratamiento de las aguas y la higiene individual y colectiva podrían desempeñar un papel importante en la etiología de la enfermedad. Se ha involucrado también, una alteración en la regulación de la respuesta inmunológica frente a diversos antígenos intraluminales. Su etiopatogenia se podría resumir de forma muy simplificada en que sobre individuos genéticamente predispuestos, un factor iniciador, como un agente infeccioso, provocaría en el tubo digestivo una respuesta inflamatoria de naturaleza, intensidad y duración inapropiadas. Esta respuesta sería amplificada en el tiempo, confiriendo a estas entidades un carácter crónico<sup>13-15</sup>.

Por lo tanto al ser una patología de etiopatogenia desconocida, los tratamientos de los que se dispone en la actualidad no van dirigidos hacia el detonador inicial de la enfermedad, lo que supondría un tratamiento curativo, sino que tienen como objetivos fundamentales disminuir la actividad inflamatoria, modular o inhibir la respuesta inmune, prevenir los brotes de la enfermedad y en definitiva mejorar la calidad de vida de dichos pacientes. El hecho de tratarse de una afección crónica, la falta de un tratamiento curativo, la incertidumbre sobre cuándo y cómo van a ocurrir

# Introducción

los brotes y cómo los síntomas de la enfermedad van a influir sobre su vida, provoca en los pacientes con EII cambios psicológicos y una merma de muchos aspectos de su calidad de vida.

## B. CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON EII

### 1. Conceptos

No existe consenso sobre la definición más adecuada de la calidad de vida relacionada con la salud, siendo fundamental para su comprensión el desarrollo de algunos conceptos:

La salud según el concepto actual, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, no se limita a la simple percepción de ausencia de enfermedad sino que supone un estado completo de bienestar físico, mental y social. La alteración de cualquiera de estos aspectos es percibida por el individuo como una modificación en la calidad de vida<sup>16</sup>.

El concepto de estado de salud hace referencia a todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona, en el que se incluyen cinco áreas: características genéticas o hereditarias, características anatómo-fisiológicas, estado funcional, estado de ánimo-autopercepción y potencial de salud individual<sup>17</sup>.

La calidad de vida es un concepto más amplio que incluye todos los ámbitos de la vida humana, no sólo el estado de salud sino también otros aspectos como la economía, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud y aspectos familiares y sexuales entre otros. Dado el gran número de aspectos sobre la vida humana que se pueden tener en consideración, es imposible llegar a un acuerdo sobre la definición de calidad de vida. Dubois la definió como la satisfacción de los individuos ante la realización de las actividades de cada día, siendo éste un concepto muy subjetivo para cada individuo<sup>18</sup>. En 1989 Hörnquist la definió como la percepción

## Introducción

global de satisfacción en un determinado número de dimensiones, dando especial importancia al bienestar del individuo. Esta percepción incluye las causas externas al individuo que pueden modificar su salud <sup>19</sup>. Para Gill y colaboradores, la calidad de vida es un reflejo de cómo los pacientes perciben y reaccionan a su estado de salud y a otros aspectos no médicos de su vida<sup>20</sup>.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto que se extrae de los anteriores, en el que además del estado de salud se incluyen otros aspectos, como económicos, laborales, familiares y sexuales. Es un concepto que refleja las actitudes y conductas físicas, emocionales y sociales de un individuo, relacionadas con su estado de salud previo y actual <sup>21</sup>. Se trata de un estado dinámico y cambiante en un mismo individuo a lo largo del tiempo <sup>22</sup>. La CVRS describe de forma subjetiva la percepción del individuo sobre su salud y la influencia que tiene ésta sobre los diferentes aspectos de la vida. Esta subjetividad, es la que condiciona que iguales estados de salud sean percibidos de forma muy diferente por individuos distintos. Por lo tanto, describe el estado de salud desde la perspectiva del paciente y constituye un recurso útil para explicar y evaluar el pronóstico de la enfermedad <sup>21</sup>. Para los individuos sanos la calidad de vida está condicionada por una amplia variedad de factores, entre los cuales puede estar o no el estado de salud. Sin embargo en los pacientes con enfermedades crónicas, la salud es un determinante fundamental en la calidad de vida<sup>23</sup>.

Frente a actitudes pasadas en las que la medicina se ocupaba principalmente de la restitución de la salud, en la medicina actual se presta especial atención al restablecimiento total de la calidad de vida de los pacientes. Este objetivo es fundamental cuando se trata de enfermedades crónicas, como es el caso de la EII, en la que además de conseguir la remisión de los brotes, prevenir la recidiva de los mismos y disminuir las complicaciones de la enfermedad, se pretende mejorar como se siente el paciente. El único objetivo por tanto, no es aumentar la cantidad de vida, sino que la calidad de vida pasa a ser uno de los puntos principales de atención de la medicina moderna. Para ello es necesario considerar al ser humano como un ente complejo, teniendo en cuenta aspectos como la pérdida de la independencia, los cambios en el

# Introducción

rol o responsabilidad familiar, las restricciones laborales, las limitaciones sociales, los cambios en la relación familiar y en la pareja, incluyendo la sexualidad <sup>24</sup>.

## 2. Medición de la calidad de vida

La CVRS se determina generalmente mediante la utilización de cuestionarios que se rellenan directamente por el paciente o a través de una entrevista personal. Éstos constan de una serie de preguntas o ítems, que se pueden responder mediante escalas visuales analógicas o de forma categórica mediante una escala numérica. Teniendo en cuenta que la definición de salud tiene un carácter multidimensional, es fundamental que en la medición de la CVRS se tengan en cuenta aspectos físicos, psíquicos y sociales para obtener una evaluación válida <sup>25</sup>.

Los cuestionarios permiten una evaluación estandarizada de los aspectos más subjetivos relacionados con la salud, permitiendo la objetividad, la cuantificación y la comunicación de los datos. Sin embargo éstos no pretenden sustituir a la evaluación clínica de los pacientes a través de sus síntomas, los datos analíticos y otras técnicas de imagen, sino que los complementan, aportando un aspecto tan trascendente como es la visión del paciente sobre su propia salud<sup>26</sup>.

Existen básicamente dos tipos de cuestionarios de medida de la CVRS, los genéricos y los específicos. Los instrumentos genéricos, tienen la ventaja de poder aplicarse a la población general y a una gran variedad de individuos con afecciones distintas. Tienen la capacidad de detectar cambios generales en la calidad de vida de los individuos enfermos y permiten la comparación del estado de salud entre individuos de la población general o pacientes con diferentes enfermedades.

Además se pueden aplicar cuando no se dispone de un instrumento de medida específico para el estudio de una afección determinada, proporcionando una idea inicial del impacto de dicha enfermedad sobre la CVRS. Sin embargo, al no estar diseñados para una enfermedad concreta, generalmente no son suficientemente

## Introducción

sensibles para la detección de cambios clínicos importantes en dimensiones que sí quedan incluidas en los instrumentos específicos<sup>24</sup>.

Existen múltiples cuestionarios genéricos, siendo los más utilizados el Short Form-36, el Sickness Impact Profile, el EuroQoL 5D y el Nottingham Health Profile<sup>27</sup>. El EuroQoL<sup>28,29</sup> tiene una versión validada en español<sup>30</sup>. Dentro del cuestionario se incluye una escala visual analógica (EVA), vertical y milimetrada en forma de termómetro, cuyos extremos aparecen etiquetados como “peor estado de salud imaginable” y “mejor estado de salud imaginable”, con puntuaciones de 0 y 100 respectivamente. El paciente marca en la escala su estado de salud en ese día.

Los cuestionarios específicos, se diseñan pensando en un grupo de población o en una patología concreta. Incluyen sólo los aspectos importantes de un problema de salud en una determinada población (por ejemplo niños o ancianos), para valorar ciertas funciones (función sexual), un síntoma clínico específico (lumbalgia) o una determinada enfermedad (diabetes, enfermedades cardiovasculares, EII). Estas medidas no permiten comparaciones entre diferentes enfermedades, sin embargo tienen una alta sensibilidad para detectar cambios ante el problema específico de salud que se evalúa, por lo que suelen emplearse para valorar intervenciones terapéuticas en ensayos clínicos<sup>27</sup>.

Aunque existen múltiples cuestionarios específicos para la medición de la CVRS en los pacientes con EII, el más utilizado es el Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ)<sup>31,32</sup>. Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 32 ítems que se distribuyen en 4 dimensiones: síntomas intestinales, síntomas sistémicos, función emocional y función social. Posteriormente los mismos autores crearon un cuestionario ampliado de 36 ítems para su utilización en los pacientes ambulatorios<sup>33</sup> y una versión acortada de 10 preguntas para favorecer su uso en la práctica clínica diaria<sup>34</sup>.

La mayoría de los instrumentos de medida de la CVRS, han sido diseñados en países de habla inglesa y creados de acuerdo con sus características culturales. Su simple traducción a otro idioma no garantiza su fiabilidad, sino que deben

## Introducción

determinarse las propiedades psicométricas de todo cuestionario que vaya a utilizarse en otro idioma, para demostrar su equivalencia con el original. Dicha adaptación debe seguir una metodología que asegure la equivalencia conceptual y semántica con el cuestionario original, la comprensión por los pacientes y la conservación de las características psicométricas de validez, fiabilidad y sensibilidad <sup>35</sup>. En español se ha validado el IBDQ en su versión de 36 ítems, habiendo conseguido unas propiedades psicométricas similares a su original canadiense <sup>36</sup>. Posteriormente se diseñó una versión reducida en español, que conserva las características psicométricas del primer cuestionario y facilita por su brevedad, la utilización en la práctica clínica diaria<sup>37,38</sup>. Este consta de 9 ítems con 7 posibles respuestas que se puntúan del 1 al 7 (rango final 9-63). Posteriormente se transforma en la puntuación final a través de una tabla (cuyo rango va del 0 al 100).

### 3. Impacto de la calidad de vida en los pacientes con EII

Las enfermedades crónicas comportan una afectación de la salud, que no se limita exclusivamente a alteraciones biológicas, sino que también produce modificaciones en los ámbitos psicológicos y sociales, provocando un cambio en la percepción de la salud del individuo que la padece<sup>39</sup>. El concepto actual de enfermedad crónica, es el de aquella que tiene carácter permanente, que causa alguna incapacidad residual, que requiere tratamientos o cuidados durante un período largo de tiempo y un enfoque multidisciplinario. Cualquier enfermedad crónica provoca una limitación persistente en la salud del individuo que la padece <sup>38</sup>.

Como hemos recordado con anterioridad, la EII es una enfermedad crónica, en la que alternan fases de remisión y períodos de actividad, que con frecuencia se inicia a edades tempranas de la vida y que presenta como síntomas principales, dolor abdominal, diarrea y sangrado intestinal. Además para el cuidado de los pacientes, son necesarios controles periódicos y frecuentemente ingresos hospitalarios y tratamientos prolongados o intervenciones quirúrgicas. Todo esto puede limitar a estos pacientes en su desarrollo social, laboral o escolar<sup>39</sup>. En los últimos años la literatura científica sobre la EII ha ido en aumento, abarcando temas

## Introducción

fundamentalmente relacionados con la fisiopatología y el tratamiento de dicha enfermedad. Sin embargo, existen menos trabajos que estudien de forma adecuada los aspectos psicosociales de la enfermedad y cuáles son las principales preocupaciones que tienen estos pacientes. El personal médico trata fundamentalmente de mejorar la sintomatología física de sus pacientes, lo que aún siendo importante, no es el único factor que está implicado en la obtención de una buena calidad de vida. En efecto, hay otros factores que pueden explicar las variaciones de la CVRS en este grupo.

Por ejemplo, una de las principales preocupaciones de estos pacientes es la sensación de falta de energía en relación fundamentalmente con la actividad inflamatoria, la asociación con anemia y la medicación administrada<sup>40-42</sup>.

Otra preocupación frecuente, es la sensación de falta de control que puede estar provocada por lo inesperado de sus síntomas, la alteración en su imagen corporal, el miedo de ser una carga para los otros o la repercusión que puede tener la enfermedad para sus familias<sup>43,44</sup>.

La imagen de los pacientes se ve alterada por la medicación, como por ejemplo la cara de luna llena o el acné producido por los corticoides o la alteración de la imagen corporal secundaria a la presencia de un estoma<sup>45</sup>.

Además, la etiología desconocida y la naturaleza crónica de la enfermedad, provoca en los pacientes que la padecen, la sensación de falta de respuestas por parte de los médicos y sentimientos de incertidumbre al respecto<sup>46</sup>.

Las primeras investigaciones que trataron de averiguar si la CVRS está alterada en los pacientes con EI, se realizaron a través del sistema de entrevistas personales. De esta manera se obtiene una información subjetiva, difícil de contrastar y que en ocasiones ofrece resultados contradictorios. En el caso de la colitis ulcerosa, las investigaciones llevadas a cabo por Edwards y Truelove, concluyeron que la mayoría de los pacientes tenía una calidad de vida normal<sup>47</sup>, mientras que los estudios realizados por Michener y colaboradores, encontraron justamente lo contrario: que la mayoría de los pacientes con CU presentaban una calidad de vida alterada<sup>48</sup>.



## Introducción

Sin embargo en la EC, los primeros estudios ya demostraron una limitación en la CVRS secundaria a la enfermedad. Así, un estudio observacional <sup>49</sup> mostró que el 83 % de los pacientes tenían una calidad de vida grado I (buen estado de salud y sin limitación para el trabajo) y el 17 % tenía alguna limitación para desempeñar su trabajo. Estos datos concuerdan con los observados en otro estudio que puso en evidencia que el 23% de los pacientes tenían una vida laboral reducida y un 21% limitaciones para el ocio <sup>50</sup>. Otros estudios detectan alteraciones mayores en la calidad de vida, como el realizado por Shivananda y colaboradores, en el que tan sólo un 16 % de los pacientes con EC, consideraban tener un buen estado de salud <sup>51</sup>.

Determinar cuál de las entidades, CU o EC, compromete más la CVRS es un motivo de debate, ya que para llegar a estas conclusiones se requiere la utilización de cuestionarios con una elevada capacidad discriminante. En este sentido algunos estudios sugieren que ambas enfermedades afectan de forma similar la calidad de vida, de forma global y las diferentes dimensiones de la misma <sup>32,52</sup>. Sin embargo, otros autores matizan dichos hallazgos. El estudio de la calidad de vida mediante el cuestionario genérico EuroQol sobre un grupo de 134 pacientes con CU (94 en fase inactiva y 40 en fase activa) y 115 pacientes con EC (75 en fase inactiva y 40 en fase activa), demostró que cuando ambas enfermedades están en brote, la afectación sobre la CVRS es similar en ambas. Sin embargo durante los períodos de remisión, la EC afecta de forma significativamente mayor, tanto el índice global como en el resto de las dimensiones de la actividad diaria, dolor y ansiedad-depresión <sup>53</sup>. Estos hallazgos se confirman al utilizar diferentes cuestionarios como el Rating Form of IBD Patients Concerns (RFIPC) y Short Form 36 health Survey Questionnaire (SF-36) <sup>44,54</sup>.

Los estudios revelan que la actividad inflamatoria, es uno de los factores con mayor impacto sobre la CVRS en los pacientes con EII <sup>55,56</sup>. El patrón de afectación de las diferentes dimensiones de la vida en la EII, se modifica también según la existencia o no de actividad inflamatoria. Durante los brotes, se afectan fundamentalmente las dimensiones que valoran los síntomas digestivos y los sistémicos, mientras que la función social está menos limitada. Durante los períodos de remisión, mejoran todas las dimensiones, aunque persiste con mayor afectación la dimensión de los síntomas

## Introducción

sistémicos <sup>55</sup>. Aunque la actividad inflamatoria, es un factor determinante en la disminución de la CVRS en la EI, la calidad de vida de los pacientes en remisión se encuentra afectada y no alcanza valores similares a la población general <sup>57-59</sup>.

La EI, es una entidad que por sus características puede ser invalidante a diferentes niveles, tanto en el plano físico, como en el laboral, el económico y el psicológico. Aunque en la mayor parte de los estudios e instrumentos de medida de calidad de vida no se considera la función sexual como uno de los aspectos a incluir, es importante recordar que tanto la sexualidad, como la imagen personal, como las relaciones interpersonales, forman parte e influyen en la calidad de vida global de los seres humanos. Si la calidad de vida puede estar mermada en los pacientes con EI, es lógico pensar que la sexualidad pueda sufrir también alteraciones en relación con la propia enfermedad.

### C. **ASPECTOS IMPORTANTES DE LA FUNCIÓN SEXUAL**

#### 1. **Fisiología de la función sexual**

La sexualidad humana integra tres tipos de aspectos: biológicos, afectivo-relacionales y cognitivos. La conducta sexual combina una compleja serie de fenómenos fisiológicos, emotivos y cognitivos a cuyo conjunto se le denomina respuesta sexual <sup>60</sup>.

El concepto de respuesta sexual, se utilizó por primera vez por Masters y Johnson para designar el conjunto de alteraciones psicofisiológicas que se producen durante el acto sexual, incluyendo tanto cambios físicos que afectan a la totalidad del organismo, como cambios mentales (del estado de conciencia y percepciones sensoriales generalmente placenteras) <sup>61</sup>.

La respuesta sexual humana se suele describir como una secuencia cíclica de etapas o fases cuyos mecanismos interactúan, reforzándose o inhibiéndose recíprocamente. Dichas fases son: deseo, excitación, orgasmo y fase de resolución <sup>60</sup>.

Deseo sexual:

## Introducción

Se denomina deseo, libido o apetito sexual, al estado mental de atención a estímulos eróticos y la motivación para responder a éstos, que preceden o acompañan a la realización de los actos sexuales. Puede presentarse de manera espontánea o bien ser reactivo a diferentes estímulos sensoriales, siendo esto último más frecuente y relevante en la mujer<sup>60</sup>.

Este deseo sexual, se genera en el sistema nervioso central e incluye fenómenos afectivos y cognitivos, aunque también tiene un papel importante el componente biológico. Así, el deseo está claramente relacionado con los niveles hormonales, especialmente de andrógenos. Asimismo se han identificado varios neurotransmisores centrales que influyen en este estado <sup>62</sup>.

### Excitación:

Se caracteriza por una vasodilatación de la vascularización de la pelvis y la región genital, con un aumento secundario del aporte sanguíneo. En el varón, se traduce en la erección del pene y un aumento de las secreciones prostáticas y del tracto genital. En la mujer, produce la erección del clítoris y la congestión vascular del suelo de la pelvis, con la dilatación de la vulva y lubricación vaginal <sup>61-64</sup>.

### Orgasmo:

Se caracteriza por contracciones intermitentes de la musculatura lisa y estriada de los órganos genitales. En el varón se produce la contracción del conducto deferente con la emisión del semen hacia la uretra. En la mujer se produce la contracción intermitente de las paredes vaginales, uterinas y de los músculos perineales. Asimismo se producen una serie de cambios sistémicos como hiperventilación, aumento de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca, que alcanzan su máximo en la fase de orgasmo, decayendo rápidamente tras este. Además se pueden observar cambios plasmáticos en diferentes hormonas, como por ejemplo un aumento de la vasopresina durante la excitación, de la oxitocina durante la fase orgásmica y de la prolactina en la fase de resolución. Durante todo el ciclo también se aumentan los niveles de

## Introducción

adrenalina, gonadotropinas y testosterona. Por otra parte, se producen cambios psíquicos importantes<sup>61,63,64</sup>.

### Fase de resolución.

Está definida por el retorno a los niveles funcionales basales, con la reducción de la congestión vascular y la relajación muscular. Se acompaña de un período refractario, de varios minutos de duración, en el que es difícil producir una nueva respuesta sexual<sup>64</sup>.

La respuesta sexual se puede describir entonces en términos fisiológicos como el resultado de una sucesión coordinada de reflejos vegetativos y somáticos, cuyo funcionamiento está influido por diversas hormonas, así como por procesos cognitivos y emocionales<sup>64</sup>. La función sexual, implica una respuesta integrada que afecta a la totalidad del organismo<sup>62</sup>. Para entender el funcionamiento de la respuesta sexual la analizaremos a diferentes niveles:

### Órganos genitales:

Uno de los aspectos fundamentales de los genitales externos tanto masculinos como femeninos, son los órganos eréctiles, de los cuales es fundamental mencionar los cuerpos cavernosos y esponjosos. Como se ha explicado con anterioridad, durante la fase de excitación sexual se produce en ellos una vasodilatación, con un aumento del flujo arterial, disminuyendo asimismo el retorno venoso, lo que provoca el aumento en el tamaño y en la rigidez de los cuerpos cavernosos. Sin embargo durante la erección es fundamental además, la contracción de los músculos perineales bulbocavernoso e isquiocavernoso. En la fase de resolución dichos cambios vuelven a su estado basal<sup>60,61,63-65</sup>.

### Mecanismos neurales:

Para facilitar el análisis de los fenómenos neurofisiológicos implicados en la producción de un proceso tan complicado como el sexual, se dividen en tres niveles de

## Introducción

integración: periférico, espinal y cerebral. Los dos primeros intervienen fundamentalmente en la producción de la respuesta sexual, mientras que los mecanismos cerebrales son especialmente relevantes en el desarrollo del deseo sexual y en el inicio de su expresión conductual <sup>60,62,66</sup>. Todos los elementos neurales necesarios para los reflejos de erección del pene y la vulva y la vasocongestión vaginal, se encuentran localizados en la región lumbosacra de la médula espinal <sup>60,64,66</sup>. La transmisión de la información sensorial procedente de los genitales hacia el cerebro se realiza a través del haz ventral del sistema espinotalámico. Las señales descendentes modificadoras de los reflejos genitales espinales, se proyectan desde el tronco cerebral al asta intermediolateral de la médula toracolumbar y lumbosacra, lugares de origen de las neuronas preganglionares de los nervios vegetativos que inervan los genitales y sobre los núcleos motores de la médula sacra de los músculos perineales <sup>60,64,66</sup>. La información disponible sobre la localización cerebral de las funciones sexuales, procede casi exclusivamente de la experimentación animal. Las estructuras cerebrales más relacionadas con la actividad sexual, se encuentran localizadas en la región hipotalámica y áreas límbicas. El área cerebral cuya función parece más relevante para la motivación sexual, es el área preóptica medial – hipotálamo anterior. Su lesión bilateral produce en los machos de todas las especies de mamíferos estudiadas, la supresión de la actividad copulatoria. Su lesión en primates hembra, también parece que provoca la supresión de la motivación sexual. Aunque estos datos no se han confirmado en estudios en humanos, es presumible que este área cerebral tenga un papel importante en la motivación sexual <sup>64,65</sup>.

### Mecanismos hormonales:

En la mayor parte de las especies animales, la actividad sexual depende estrechamente de los niveles sanguíneos de ciertas hormonas, aunque en la especie humana la dependencia hormonal de la conducta no es tan rígida. Sin embargo persisten importantes influencias endocrinas de gran repercusión clínica <sup>64</sup>.

En los varones, la testosterona tiene un papel fundamental en el mantenimiento de la actividad sexual, contribuyendo a promover el deseo y al

## Introducción

mantenimiento del estado funcional de los tejidos eréctiles. Durante la pubertad, existe una clara relación entre la elevación de los niveles sanguíneos de testosterona y el aumento del interés sexual. A la inversa ocurre durante el envejecimiento, en el que disminuyen paralelamente los niveles hormonales (especialmente su fracción libre biológicamente activa, no unida a su proteína transportadora SHBG) y el deseo sexual<sup>64</sup>. En la mujer, los andrógenos (producidos en el ovario, adrenales y durante la transformación periférica de los esteroides) juegan un papel importante en el mantenimiento de la sexualidad fundamentalmente estimulando la libido, aunque existen estudios que cuestionan la acción impulsora de los andrógenos sobre el deseo en las mujeres<sup>60,64,65</sup>.

Los estrógenos en los varones producen una importante reducción en el deseo, al inhibir la síntesis de testosterona. En otras especies animales, los niveles de estrógenos circulantes son fundamentales en el mantenimiento de la actividad sexual, ya que solamente cuando los niveles de estrógenos son elevados en los períodos periovulatorios, es cuando se produce la actividad sexual (momento de estro o celo). No obstante, esto no ocurre así en las mujeres, por lo que no parece que estos mecanismos sean tan relevantes. Sin embargo, los niveles de estrógenos juegan un papel importante en el mantenimiento del estado trófico de la vagina y su capacidad de respuesta a estímulos sexuales, como una correcta vasodilatación y un aumento de la lubricación<sup>60,64</sup>.

A la prolactina, se le ha atribuido el fenómeno del período refractario durante la fase de resolución tras el orgasmo. Por otra parte la hiperprolactinemia con frecuencia se acompaña de disminución en el deseo sexual, tanto en varones como en mujeres, sin poderse discernir si esto es producido por la propia hormona o se debe al hipogonadismo secundario frecuente en esta enfermedad<sup>60</sup>.

La oxitocina, es la hormona productora fundamental de las contracciones uterinas durante el parto y la eyección de la leche durante la lactancia y podría estar implicada en la fase del orgasmo<sup>64</sup>.

# Introducción

## 2. Factores que influyen en la sexualidad

### *Sexo*

La sexualidad en los hombres y en las mujeres es lógicamente diferente, no sólo desde el punto de vista fisiológico sino también desde el punto de vista psicológico.

En las mujeres, el deseo sexual se presenta con menos frecuencia que en el hombre de forma espontánea, siendo en ellas generalmente reactivo a estímulos sensoriales u otro tipo de incitaciones por parte de la pareja y precisando generalmente una relación más prolongada y con mayor carga afectiva que en el varón <sup>60</sup>. La fase de excitación es muy similar en ambos sexos, con diferencias sólo en sus aspectos temporales, que precisa más tiempo en la mujer <sup>62,64</sup>. En el varón, la fase de resolución es más marcada que en la mujer, en la que no siempre aparece, incluso pudiendo aparecer tras el orgasmo un nivel aún más alto de excitación, sobre el que se pueden superponer sucesivos orgasmos si persiste la estimulación <sup>60</sup>.

### *Edad*

Los estudios realizados en la población general, demuestran que existe una reducción de la actividad sexual en relación con la edad. En los hombres, las razones fundamentales que provocan la disfunción son la edad, el estado de salud y la medicación que toman. En las mujeres, la propia salud es un factor menos determinante, siendo sin embargo un aspecto fundamental el hecho de tener una pareja sexualmente activa. De hecho se refiere como principal causa de la inactividad sexual en las mujeres, el fallecimiento de su pareja o la imposibilidad de ésta para mantener relaciones sexuales <sup>67,68</sup>. El descenso en la actividad sexual en relación con la edad, puede ser interpretado como un fenómeno biológico parte del proceso de envejecimiento, como una disfunción sexual, o puede ser el resultado de los cambios adaptativos que se realizan cuando las circunstancias personales se modifican (cambio en la situación de la pareja, enfermedades propias o en la pareja). La edad no afecta de igual forma a hombres que a mujeres. En la mujer se afectan predominantemente el

## Introducción

deseo y la lubricación genital, mientras que en el hombre se produce una dificultad para conseguir y mantener la erección y la fase del orgasmo.<sup>67,69,70</sup>

### *Enfermedades crónicas*

Se asocian con frecuencia con alteraciones de la función sexual de causa generalmente multifactorial, contribuyendo a la misma tanto factores físicos como psicológicos. Los factores físicos, incluyen los derivados de la propia enfermedad y de las terapias empleadas, tanto médicas como quirúrgicas. Entre los factores psicológicos, pueden aparecer problemas de autoestima, de ansiedad o depresión asociados al propio estado de enfermedad<sup>71</sup>. En general las enfermedades crónicas, tienden a alterar las fases de deseo y excitación, mientras que los tratamientos farmacológicos, pueden alterar cualquiera de las fases de la respuesta sexual.

Se ha observado una repercusión en la sexualidad de forma importante en los pacientes con enfermedad coronaria, especialmente en los varones, habiéndose establecido incluso la disfunción eréctil como un marcador precoz de riesgo de cardiopatía isquémica. Es frecuente la asociación en estos pacientes, de varios factores de riesgo de disfunción sexual como la hipertensión, la diabetes, el tabaquismo o la hipercolesterolemia. Además, estos pacientes toman con frecuencia medicación que puede alterar el funcionamiento sexual, como beta bloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina o diuréticos. Los factores psicológicos también interfieren, refiriendo hasta el 40 % de los varones que han sufrido un infarto de miocardio tener miedo a que éste se repita durante la actividad sexual<sup>71,72</sup>.

En los pacientes con hipertensión arterial existe una mayor tasa de disfunciones sexuales debidas a la propia enfermedad y también a los efectos adversos de la medicación hipotensora<sup>71,72</sup>.

La diabetes mellitus, influye de forma significativa en la sexualidad de los pacientes que la padecen, debido a los daños vasculares de la microangiopatía diabética y a las alteraciones neurológicas secundarias a la neuropatía diabética, siendo esta última la causa principal de las disfunciones sexuales. En las mujeres, son



## Introducción

frecuentes la disminución en la lubricación vaginal y las alteraciones para conseguir un orgasmo debido a la neuropatía <sup>71,72</sup>. En los varones, el problema fundamental es la disfunción eréctil, pudiendo afectar al 50% de los varones diabéticos de más de 10 años de evolución <sup>73</sup>.

Los pacientes con insuficiencia renal pueden presentar disminución de la libido, reducción de la frecuencia sexual, disfunción eréctil e infertilidad secundarias a la uremia, la anemia, el hiperparatiroidismo secundario, las alteraciones del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, la enfermedad vascular y los fármacos utilizados, sin olvidar el impacto psicológico de la enfermedad <sup>71,72</sup>.

Entre las principales entidades que pueden alterar la sexualidad, se encuentran las enfermedades del sistema nervioso central, como los tumores, la epilepsia, los accidentes cerebrovasculares, los traumatismos y las lesiones del sistema nervioso inferior, como la espina bífida, las lesiones medulares o trastornos como la esclerosis lateral amiotrófica o la esclerosis múltiple <sup>71,72</sup>.

Lógicamente las enfermedades genitourinarias y las intervenciones quirúrgicas sobre dichos órganos, pueden tener implicaciones significativas sobre el funcionamiento sexual. En las mujeres, destacan las malformaciones vulvovaginales, la enfermedad inflamatoria pélvica y la endometriosis. En el varón, a su vez, las malformaciones del pene como hipospadias y los hidroceles. Evidentemente las intervenciones quirúrgicas en el aparato reproductor pueden influir en el funcionamiento sexual. En la mujer, las intervenciones sobre la vagina o el periné por procesos benignos pueden producir cicatrices, estenosis o acortamientos vaginales, causando dispareunia. La ovariectomía, cuando se realiza en mujeres jóvenes, produce una menopausia precoz con clínica florida y repercusiones psicológicas importantes. La disminución de estrógenos, provoca disminución en la lubricación vaginal. En caso de que esta disminución sea debida a una enfermedad maligna, se podrían producir además disfunciones sexuales en relación con el impacto psicológico y los tratamientos adyuvantes administrados <sup>71,72</sup>. En los varones, la orquiectomía bilateral, además de los efectos psicológicos y la obvia producción de esterilidad, se asocia a un descenso en los andrógenos, con una posible pérdida de la libido y desarrollo de impotencia. En

## Introducción

cuanto a la cirugía del cáncer de próstata, los fármacos endocrinológicos y los tratamientos adyuvantes de radioterapia y quimioterapia, pueden repercutir de forma importante en la función sexual. La cirugía de la hipertrofia benigna de la próstata no suele producir problemas eréctiles, pero puede provocar eyaculación retrógrada <sup>71,72</sup>. Se pueden producir alteraciones en el funcionamiento sexual por cirugías de otra índole como en la linfadenectomía retroperitoneal, en la cirugía vascular, en las cirugías intestinales y fundamentalmente en las ostomías, de las que se hablará más adelante <sup>71</sup>.

En los pacientes con tumores, son comunes las alteraciones en la sexualidad, por una parte producidas por los efectos colaterales de los tratamientos (astenia, anorexia, dolor) y por otra debido a las técnicas quirúrgicas empleadas (amputaciones de órganos, supresión hormonal, daño vascular y neurológico). Además es frecuente la asociación con depresión, ansiedad y pérdida de autoestima. Las alteraciones sexuales más comunes son la falta de deseo, la disfunción eréctil en el varón y la dispareunia en la mujer. Generalmente el orgasmo se mantiene intacto, aunque puede retrasarse como consecuencia de la medicación o de la ansiedad <sup>71</sup>.

Además, se han descrito alteraciones sexuales en pacientes con otras enfermedades como en las hepatopatías, en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los traumatismos mayores en la pelvis, la obesidad mórbida, la infección por el VIH, algunas enfermedades reumatológicas y ciertas dermatopatías entre otras <sup>71</sup>

### *Fármacos y otras drogas*

Existe una gran cantidad de fármacos que modifican la sexualidad, pudiendo afectar a diferentes niveles del ciclo como el deseo, la excitación o el orgasmo <sup>71,72</sup>. Los fármacos con efecto sobre la tensión arterial (tiacidas, alfabloqueantes, betabloqueantes) pueden interferir con la vasocongestión genital normal <sup>71,74,75</sup>. Los antidepresivos, incluyendo los tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, afectan todas las fases del ciclo sexual (deseo, erección, orgasmo y eyaculación) <sup>71,72,76-78</sup>. Los fármacos que producen sequedad de piel o mucosas, como los antihistamínicos o los anticolinérgicos, afectan a la lubricación vaginal en las

## Introducción

mujeres. Los fármacos antiandrogénicos, como los agonistas de la GnRH, los inhibidores de la alfa reductasa, la espironolactona y el cetoconazol pueden interferir con la erección. Asimismo los anticonceptivos orales y los estrógenos pueden afectar negativamente los niveles de andrógenos <sup>72</sup>. Los fármacos que interfieren en la sexualidad quedan recogidos en el anexo VI.

El alcohol consumido en exceso y las drogas ilegales como la cocaína, la heroína y la marihuana, pueden ser causantes también de disfunción sexual <sup>71,72</sup>.

### *Trastornos afectivos:*

Las alteraciones del ánimo, son uno de los factores más importantes relacionados con los trastornos de la sexualidad, siendo la prevalencia de disfunción sexual entre los pacientes con enfermedades psiquiátricas muy alta <sup>78,79</sup>.

En un estudio realizado en pacientes diagnosticados de depresión sin tratamiento, describen que el 50% de las mujeres y el 25% de los varones no tuvieron relaciones sexuales en el mes previo al estudio, una disminución del interés sexual en el 50% de las mujeres y en el 40% de los hombres y alteración en la excitación tanto en hombres como en mujeres hasta en el 50%. Las alteraciones eyaculatorias y en el orgasmo fueron sin embargo menos frecuentes. No se observó una relación entre la gravedad de la depresión y las disfunciones sexuales <sup>78</sup>. Aunque en algunos casos el tratamiento propio de la enfermedad puede mejorar dichas alteraciones, los fármacos antidepresivos y los neurolépticos han demostrado tener efectos secundarios importantes en el funcionamiento sexual <sup>76</sup>.

### *Relación de pareja*

La frecuencia de las relaciones sexuales se altera en función del tiempo de la relación de pareja, disminuyendo ésta con el tiempo incluso en parejas jóvenes. En un estudio realizado por Klusmann, se describen alteraciones en la sexualidad en estudiantes entre 19 y 32 años que tenían una pareja estable. La frecuencia de las relaciones y la satisfacción disminuían con el tiempo, mientras que el deseo sexual

## Introducción

solamente se alteraba en las mujeres. El deseo de cariño disminuía en los hombres, mientras que aumentaba con el tiempo en las mujeres<sup>80</sup>.

### 3. **Medición de la función sexual**

Como se ha explicado anteriormente, la fisiopatología del comportamiento sexual es muy compleja interfiriendo múltiples factores, que hacen que los criterios de salud sexual no sean unánimes. Por ello, el diagnóstico de dichas patologías no resulta siempre sencillo.

Para su estudio se puede emplear una entrevista personal, en la que se recogen aspectos sobre la naturaleza del problema (frecuencia, factores cognitivos, fases de la respuesta sexual afectadas o extensión del problema), así como datos de la relación de pareja y personales (factores religiosos, educativos o de primeras experiencias). Esto se complementa con la historia médica y psiquiátrica y la exploración física<sup>81</sup>.

Sin embargo, cuando la sexualidad se explora por parte de médicos no especialistas, la utilización de escalas o cuestionarios específicamente diseñados para el estudio de la función sexual, puede ser de utilidad para facilitar una aproximación inicial<sup>82</sup>. Aunque hay disponibles múltiples cuestionarios de función sexual, no existe en la literatura ningún cuestionario ideal que se recomiende de forma unánime. Existen cuestionarios que permiten evaluar la función sexual de forma global (instrumentos globales) y otros que se centran en algunas de las fases de la respuesta sexual (instrumentos específicos)<sup>83</sup>.

Entre los cuestionarios globales cabe destacar el Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI/DSFI-SR), Golombok Rust Inventory of sexual dysfunction (GRISS), Sexual Function Questionnaire (SFQ), Brief Sexual Function Questionnaire (BSFQ), Arizona Sexual Experience Scale (ASEX), Cuestionario de función sexual del Hospital General de Massachussets (MGH) y el Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (Changes in sexual Functioning Questionnaire CSFQ)<sup>81,83</sup>.

# Introducción

De los cuestionarios específicos, cabe destacar el Sexual Arousalability Inventory (SAI), que evalúa el grado de excitación que experimentan las mujeres ante 28 preguntas eróticas; el Internacional Index of Erectile Function (IIEF) diseñado para evaluar de forma sencilla la capacidad de erección o el Cuestionario de Función Sexual para Varones (CFSV) para el estudio de la disfunción eréctil <sup>81,83</sup>.

El cuestionario CSFQ, se diseñó para medir los cambios de la función sexual en relación con las enfermedades médicas o los tratamientos utilizados <sup>84,85</sup>. Consta de 34 preguntas para las mujeres y 36 para los hombres, con 5 posibles respuestas cada una. Tan sólo 14 de las preguntas son las necesarias para obtener el valor numérico que nos establecerá si existe disfunción sexual. Este cuestionario tiene la capacidad de explorar el funcionamiento sexual en su globalidad y de forma específica cada uno de los aspectos que componen el ciclo sexual, conformando 5 subescalas (frecuencia en el deseo sexual, interés en el deseo sexual, placer, excitación y orgasmo). Para cada uno de los apartados y para la función global existen unos valores por debajo de los cuales se considera que el individuo padece un trastorno en la función sexual <sup>84,85</sup>.

## D. **SEXUALIDAD EN LOS PACIENTES CON EII**

### 1. **¿Afecta la EII a la sexualidad?**

La existencia de las disfunciones sexuales en pacientes con enfermedades digestivas ha sido poco estudiada. Existen razones de peso para sospechar que los pacientes con EII, pudieran tener alteraciones en la función sexual. Por una parte, los estudios realizados revelan que estos pacientes presentan alteraciones en la calidad de vida, tanto cuando la enfermedad está activa, como en períodos de inactividad <sup>48-51,57-59</sup>. Teniendo en cuenta que la sexualidad no es más que otro aspecto de la calidad de vida, parece posible que está también se vea afectada por la enfermedad.

## Introducción

Además hay algunos factores propios de la enfermedad que hacen pensar de antemano que la sexualidad de estos pacientes debería estar afectada. Es una enfermedad crónica, que afecta generalmente a pacientes jóvenes que con frecuencia precisan visitas al médico o ingresos hospitalarios que pueden interferir con sus relaciones personales. Además, incluso cuando la enfermedad está bien controlada, los pacientes pueden presentar síntomas como astenia, dolor abdominal o diarrea, que pueden influir en un desarrollo adecuado de su sexualidad <sup>40-42</sup>. Estos pacientes tienen con frecuencia alteración en la percepción de su imagen corporal debido a la toma de fármacos, la presencia de ostomías u otras secuelas quirúrgicas como cicatrices <sup>45,86,87</sup>. Además, algunos de los síntomas que padecen son de escasa aceptación social, por lo que los pacientes no pueden con frecuencia compartirlos en su entorno, como por ejemplo la diarrea, los síntomas dependientes de la enfermedad perianal, la incontinencia, la urgencia defecatoria o los ruidos abdominales. De hecho en una encuesta realizada en Europa a 5000 pacientes con EII, el 40% considera que la enfermedad les ha dificultado buscar una relación de pareja <sup>88</sup>.

Ya en 1977, se publicó un caso aislado de una paciente en estudio por dispareunia secundaria a una lesión vulvar, diagnosticándose finalmente de enfermedad de Crohn con una afectación cutánea metastásica <sup>89</sup>. Uno de los primeros estudios encontrados en la literatura sobre la sexualidad en pacientes con EII, fue publicado en 1987 por Guthrie y cols. En él, paradójicamente, se recurrió a mujeres con EC como controles, junto con pacientes con enfermedad péptica, para el estudio de la sexualidad en pacientes con síndrome de intestino irritable. Se realizó una entrevista personal a través de un psiquiatra y un cuestionario sobre la función sexual en relación con sus problemas intestinales. Se concluyó, que el 83 % de las pacientes con síndrome de intestino irritable presentaban disfunción sexual, en comparación con el 30% de las pacientes con EII y el 16% de las mujeres con úlcera duodenal <sup>90</sup>. Estos datos se confirmaron posteriormente en estudios diseñados específicamente para el estudio de mujeres con EC <sup>91</sup>.

Los pacientes, perciben la enfermedad como un factor determinante en sus relaciones sexuales. Una gran parte de los pacientes, consideran que la enfermedad

## Introducción

afecta su sexualidad, relacionándola el 66% de las mujeres y el 40% de los hombres con disminución en la frecuencia sexual y reconociendo influencia sobre el deseo, el 67% de las mujeres y el 41% de los varones. Hasta el 10% de los pacientes, identifica la medicación como la causa de dichas alteraciones <sup>92</sup>. Otras de las razones que los pacientes relacionan con sus dificultades en las relaciones sexuales, son el dolor durante las mismas, la diarrea, el cansancio, el miedo a la incontinencia y la necesidad de tener acceso a un baño cercano <sup>93,94</sup>. Sin embargo parece ser mayor la percepción que tienen los pacientes sobre como la enfermedad afecta en sus vidas, que el impacto que realmente se observa al compararlos con un grupo control <sup>92,93</sup>.

Aunque queda claro que los pacientes consideran que la enfermedad afecta su vida sexual, los estudios en los que se los compara con un grupo de la población general, expresan resultados dispares y contradictorios. Los primeros estudios publicados, describen en las mujeres con EC, peor función sexual que en la población general, afectando tanto la frecuencia sexual como problemas específicos como dispareunia <sup>94</sup>. Las mujeres con colitis ulcerosa también referían mayores tasas de dispareunia <sup>93</sup>. En los varones sin embargo, no se encontró asociación de la enfermedad inflamatoria con las alteraciones de la sexualidad <sup>93,95</sup>. En la tabla 1 se pueden observar los datos de los estudios más importantes sobre sexualidad en pacientes con EII.

## Introducción

	Estudio Moody <sup>(93)</sup>			Estudio Moody <sup>(94)</sup> Mujeres Enfermedad Crohn	Timmer <sup>97</sup>	
	Mujeres Colitis ulcerosa	Hombres Colitis ulcerosa	Hombres Enfermedad Crohn		Mujeres EII en remisión	Mujeres EII en actividad
Dolor abdominal	25%	11'7%	11'1%	24%	-	-
Astenia	8,3%	29,4%	14,8%	-	-	-
Diarrea /urgencias	4,1%	20,5%	11,1%	20%	-	-
Necesidad de proximidad al baño	12,5%	14,7%	11,1%	-	-	-
Miedo a incontinencia	41,6%	0%	25,9%	14%	-	-
Preocupación por estoma	4,1%	8,8%	7,4%	-	-	-
Dolor en relaciones	-	-	-	60% (dispareunia)	23% (dolor)	27%

**Tabla 1: Causas implicadas en la disminución de frecuencia sexual en los pacientes con EII.**

Entre los estudios publicados, el que tiene un diseño más adecuado y mayor número de pacientes, revela que en los varones con EII, no existen diferencias en la sexualidad de éstos pacientes, comparados con el grupo control. En las mujeres, se observaron resultados dispares según el grupo control con el que se comparó, no demostrándose alteraciones en la sexualidad al compararlas con un grupo control seleccionado aleatoriamente, mientras que sí las presentaban al emplear un grupo control seleccionado por las propias pacientes <sup>96</sup>. Los resultados más significativos de dicho estudio quedan resumidos en las tablas 2 y 3.



# Introducción

	Pacientes EI en remisión	Pacientes EI con actividad inflamatoria	Controles 1	Controles 2
Erección	0,7 (0,4-1,4)	4,3 (1,0-18,5)	1,2 (0,5-2,5)	0,8 (0,4-1,6)
Orgasmo	0,4 (0,1-1,0)	3,0 (0,7-13,2)	1,2 (0,5-3,1)	0,5 (0,2-3,1)
Deseo sexual	0,5 (0,2-1,5)	6,3 (0,7-57,9)	1,1 (0,4-3,0)	0,8 (0,3-2,4)
Satisfacción sexual	0,7 (0,3-1,5)	3,9 (0,8-16,6)	1,0 (0,5-2,3)	0,9 (0,4-2,0)
Satisfacción general	0,8 (0,4-4,1)	5,4 (1,3-22,6)	1,4 (0,6-3,0)	0,9 (0,4-1,9)
Global (Cuestionario IIEF)	0,7 (0,3-1,3)	3,6 (0,8-15-7)	0,9 (0,4-2,0)	0,9 (0,4-1,9)

**Tabla 2: Resumen de los resultados del estudio de Timmer.**  
**Riesgo (Odds Ratio) de disfunción sexual en los hombres con Enfermedad Inflamatoria Intestinal : Análisis por subgrupos.**

## Introducción

	Pacientes EI en remisión	Pacientes EI con actividad inflamatoria	Controles 1	Controles 2
Deseo	1,6 (0,8-3,5)	0,9 (0,3-2,6)	2,0 (0,9-4,3)	0,9 (0,4-2,0)
Frecuencia	1,8 (0,9-3,7)	1,3 (0,5-0,3)	3,4 (1,6-7,2)	0,9 (0,4-1,9)
Receptividad, iniciativa	1,8 (0,9-3,7)	2,8 (1,0-7,8)	2,5 (1,3-5,0)	1,4 (0,7-3,1)
Placer, orgasmo	2,2 (1,1-4,4)	1,7 (0,6-4,6)	3,3 (1,6-6,8)	1,3 (0,6-2,8)
Satisfacción pareja	2,2 (1,1-4,2)	1,9 (0,8-4,7)	2,6 (1,4-4,9)	1,7 (0,8-3,6)
Problemas sexuales específicos	1,8 (0,9-3,8)	2,5 (0,7-8,6)	1,8 (0,9-3,8)	2,5 (0,7-8,6)
Global (Cuestionario BISF-W)	2,6 (1,3-5,3)	1,3 (0,5-3,5)	3,2 (1,6-6,2)	1,3 (0,6-2,9)

**Tabla 3: Resumen de los resultados del estudio de Timmer.**  
**Riesgo (Odds Ratio) de disfunción sexual en las mujeres con Enfermedad Inflamatoria Intestinal : Análisis por subgrupos**

# Introducción

## 2. Factores modificantes de la sexualidad en los pacientes con EI

### a. Actividad inflamatoria y gravedad de enfermedad

La actividad inflamatoria, es uno de los factores con mayor impacto sobre la calidad de vida de los pacientes con EI, por lo que sería lógico pensar que ésta fuera también un factor condicionante de la sexualidad de éstos. Dentro de las principales preocupaciones de los pacientes con EI, destacan la falta de energía, la falta de control, la sensación de miedo y aislamiento y la alteración de la imagen corporal <sup>46</sup>. Lógicamente todos estos factores tienen más importancia en los momentos de mayor actividad inflamatoria <sup>55,56</sup>. Esto se demuestra en estudios realizados en los que los pacientes con enfermedad inactiva, están más satisfechos con su imagen corporal que los pacientes con enfermedad activa <sup>95,97</sup>.

Además se observa cómo el 67% de los pacientes con enfermedad activa, anulan por completo o alteran seriamente su sexualidad, comparado con el 21% de los pacientes con enfermedad inactiva <sup>95</sup>. Según el estudio de Timmer y col. en los varones, la actividad inflamatoria fue un factor determinante en el funcionamiento sexual, teniendo los pacientes sin actividad inflamatoria o actividad leve incluso valores mejores que la población control. Sin embargo en las mujeres no se pudo confirmar dicha asociación <sup>96</sup>. Los resultados detallados quedan reflejados en las tablas 2 y 3.

### b. Tipo de enfermedad

Los primeros estudios sobre sexualidad en pacientes con EI, fueron realizados exclusivamente en pacientes con EC <sup>90,91,94</sup>, existiendo escasos estudios en los que se comparen ambas enfermedades. En estudios posteriores, no se han observado diferencias en la sexualidad entre EC y CU <sup>95,96</sup>.

### c. Cirugías previas

Una mención especial, requiere el impacto de la cirugía de la EI sobre el funcionamiento sexual. La escisión del recto en los pacientes sometidos a una proctocolectomía, conlleva un riesgo de daño neurológico, que incluso en manos de

## Introducción

cirujanos con experiencia puede producir disfunciones eréctiles hasta en el 2% de los pacientes <sup>98</sup>. Además, los pacientes que se someten a una proctocolectomía con reservorio ileo-anal, pueden presentar otras alteraciones en el funcionamiento sexual, como alteraciones en la lubricación vaginal (23% de las mujeres) o dispareunia (11-26%), aunque estas alteraciones también se describen con frecuencia antes de la cirugía <sup>99,100</sup>. Entre el 3-16% de los pacientes que se someten a esta cirugía, refieren miedo de padecer incontinencia durante las relaciones sexuales <sup>99,101</sup>. Sin embargo, y a pesar de los problemas descritos, la satisfacción sexual global según algunos estudios, fue similar o mejor que antes de la cirugía, entre el 74-90% de los pacientes <sup>99,101</sup>.

Los pacientes con estomas, presentan una serie de alteraciones físicas y psicológicas, entre las que se incluyen alteraciones en el área de la sexualidad. La mayor parte de los trabajos realizados sobre la sexualidad en estos pacientes, están encaminados a la valoración de la función eréctil tras la cirugía, quedando menos estudiados el resto de los aspectos del ciclo sexual. Aproximadamente el 46% de los pacientes refieren miedo a los accidentes con el estoma durante las relaciones, así como vergüenza de ser portadores del mismo <sup>102</sup>.

### d. Enfermedad perianal

Bajo la denominación de enfermedad perianal, se incluyen las anomalías anorrectales (fisura, fístula o absceso, repliegues cutáneos, maceración perianal), que aparecen en los pacientes con EC de otra localización o en los que los hallazgos anorrectales son compatibles con dicha enfermedad, pero sin evidencia objetiva de la misma. Además en la EC de larga evolución, pueden aparecer estenosis anal por fibrosis e incontinencia fecal por destrucción esfinteriana <sup>103,104</sup>. Hasta un 70 % de los pacientes con EC, presentan alguna anomalía perianal que puede cursar incluso de forma asintomática, siendo ésta la forma de debut de la enfermedad en el 9% de los pacientes <sup>105</sup>. Clínicamente la enfermedad perianal puede cursar de forma asintomática o presentar dolor anal, dificultad en la higiene local con irritaciones locales, incontinencia fecal, estenosis anales o fístulas rectovaginales o rectovesicales con infecciones genitourinarias <sup>106</sup>, por lo que parece razonable asociar la enfermedad

## Introducción

perianal con una mayor frecuencia de alteraciones en las relaciones sexuales. De esta forma, algunos estudios publicados en la literatura, demuestran una asociación entre la enfermedad perianal y las disfunciones sexuales en las pacientes con EC o un aumento de la frecuencia de dispareunia en las pacientes con enfermedad perianal y presencia de fístula <sup>94,107</sup>.

### e. Enfermedades asociadas y tratamientos administrados

Los fármacos antihipertensivos, han demostrado un impacto negativo sobre el deseo sexual <sup>95</sup> y la diabetes sobre la función eréctil en los pacientes con EII <sup>96</sup>. Es importante al estudiar la sexualidad tener en cuenta también las comorbilidades asociadas y los fármacos administrados, ya que pueden ser un factor de confusión.

### f. Trastornos del ánimo

En la sexualidad no solamente están implicados aspectos físicos, sino que los factores psicológicos juegan un papel determinante.

El estudio de los aspectos psicológicos en la EII es un tema controvertido, en el que no queda claro la posible asociación entre la enfermedad y los trastornos en esta esfera. Cuando se los compara con la población general, los estudios revelan que los pacientes con EII, tienen una mayor prevalencia de alteraciones psicológicas, demostrando algunos autores tasas de alexitimia de hasta el 35%, en comparación con el 4,5 % del grupo control <sup>108</sup>. Sin embargo no está tan claro que la EII se asocie con mayores tasas de alteraciones psiquiátricas, si se compara con otras enfermedades crónicas. En 1982, se publicó un estudio en el que no se demostró asociación entre la CU y los trastornos psiquiátricos, mayor a la observada en otras enfermedades crónicas. Un 26% de los pacientes con CU, presentaban comorbilidad psiquiátrica, comparado con el 30% en los pacientes del grupo control <sup>109</sup>. Posteriormente se describieron mayores trastornos psicológicos en los pacientes con EC que en la CU. Otros estudios sin embargo, ponen de manifiesto tasas muy altas de depresión, que llegan hasta el 60% cuando los pacientes se encuentran en fase de actividad <sup>110</sup>.

## Introducción

En 2007, se realizó un metaanálisis que pretendía esclarecer la polémica sobre la depresión y la ansiedad en los pacientes con EII. Los autores hallaron 17 estudios que examinaban la comorbilidad de los trastornos psicológicos en la EII. Existía unanimidad respecto a que los trastornos psicológicos son comunes en los pacientes con EII, pero no había acuerdo sobre si éstos concurren en la EII más a menudo de lo esperado comparado con otras enfermedades crónicas <sup>111</sup>.

El grado de trastorno psicológico, parece estar relacionado con la gravedad de la enfermedad. Sin embargo en otros estudios, se observa que los efectos de la actividad de la enfermedad sobre el estado emocional son moderados, sugiriendo que la enfermedad tiene repercusión aún cuando los pacientes no presentan actividad inflamatoria <sup>112</sup>.

Los estudios previos, demuestran que la depresión, es uno de los factores más relevantes implicados en las alteraciones de la sexualidad de los pacientes con EII <sup>95-97</sup>.

Existe una amplia variedad de escalas que tratan de detectar la existencia de trastornos afectivos. Uno de los cuestionarios más empleados en la escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale, que fue diseñada en 1983 para detectar estados de depresión y ansiedad en los servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. Aunque se ha tratado de utilizar en otros grupos como pacientes psiquiátricos, ancianos o para la población general, su uso en estos casos no es recomendable ya que existen otras herramientas específicas con validez mejor documentada <sup>113</sup>.

## **IV. JUSTIFICACIÓN**

## Justificación



## Justificación

Con nuestro trabajo, hemos querido estudiar si existe algún impacto de la EII sobre la sexualidad de los pacientes que la padecen. ¿Por qué es importante este aspecto? Cada vez con más frecuencia se presta atención a la CVRS, puesto que uno de los objetivos principales de la Medicina, es el restablecimiento de la calidad de vida del individuo enfermo. Esto es especialmente importante en aquellas enfermedades en las que no existe un tratamiento curativo, y en cuyo cuidado se sustituye la idea de cantidad de vida por la de calidad. En ellas, cobran importancia el alivio de los síntomas, el retraso de su progresión y la mejoría de la capacidad funcional. La literatura científica está de acuerdo, en que los procesos biológicos en sí mismos, son insuficientes a la hora de explicar el estado de salud percibido por el individuo, siendo necesario tener en cuenta los aspectos psicosociales y experiencias subjetivas del paciente para lograr una más completa comprensión y abordaje de la enfermedad <sup>27</sup>.

El estudio de la CVRS, y todos los aspectos que la conforman incluyendo la sexualidad, no sólo permite un mejor conocimiento de la enfermedad y de las repercusiones de la enfermedad sobre el propio paciente, sino que también tiene importantes repercusiones fuera del ámbito puramente clínico. Así se ha observado, que la afectación de la CVRS, determina un mayor uso de recursos sanitarios <sup>114</sup> y es un marcador del efecto de las intervenciones terapéuticas sobre la enfermedad <sup>34</sup> y se incluye habitualmente en el análisis fármaco- económico <sup>115</sup>. Por lo tanto el conocimiento del impacto de la EII sobre la CVRS, tiene implicaciones médicas, sociales y de distribución de los recursos sanitarios <sup>114,115</sup>. La sexualidad, es uno de los parámetros fundamentales de la calidad de vida, por lo que el estudio de ésta es necesario si se pretende lograr una más completa comprensión del trastorno. Sin embargo, aunque la sexualidad es un elemento básico de la calidad de vida de los individuos y a pesar de que las disfunciones sexuales constituyen una problemática frecuente en la población general <sup>116-120</sup>, habitualmente no son aspectos que se traten en la consulta de los médicos de forma espontánea. Aunque por las características de los pacientes con EII, se sospeche que la sexualidad pueda estar afectada, generalmente estas alteraciones pasan desapercibidas, no siendo por tanto diagnosticadas ni tratadas. Sin embargo este es un tema que preocupa a los pacientes

## Justificación

y que están dispuestos a abordar si se les pregunta sobre ello, como reflejan sus altas tasas de participación en los estudios de sexualidad <sup>92</sup>.

Paradójicamente, y a pesar de lo anteriormente expuesto, la existencia de disfunciones sexuales en los pacientes con EII, ha sido poco estudiada y los estudios disponibles, no arrojan resultados claros sobre como la enfermedad afecta este aspecto de su calidad de vida. Con nuestra aportación, pretendemos ampliar estos conocimientos. Para ello hemos realizado un estudio controlado, en el que se tienen en cuenta todos los factores que han demostrado influencia sobre la función sexual, para así poder relacionar con mayor fiabilidad las alteraciones de la sexualidad, con la enfermedad inflamatoria. Un factor adicional que justifica nuestro trabajo, es que los estudios de sexualidad en la EII publicados hasta la fecha, estén realizados en población anglosajona. La sexualidad, como otros aspectos de la calidad de vida, está modificada por factores culturales <sup>56,121-125</sup>, por lo que la realización de un estudio en la población española, podría aportar datos sobre las características especiales que pudieran tener los pacientes en nuestro medio, siendo nuestro estudio pionero en este sentido.

Al plantearse la pregunta de cómo es la calidad de vida o cómo es la sexualidad de los pacientes con EII, y antes de hacer ningún estudio, parecería obvio que la enfermedad no puede afectar de igual forma dichos aspectos en los diferentes momentos de gravedad de la actividad inflamatoria. Durante un brote grave que cursa con múltiples síntomas intestinales, incontinencia fecal, dolor abdominal o astenia o incluso el paciente está hospitalizado, es obvio pensar que la CVRS o que su sexualidad están afectadas. Sin embargo, nos parece mucho más interesante poder responder a la pregunta de qué es lo que ocurre con la sexualidad de los pacientes con enfermedad inactiva o poco activa, en los que los síntomas intestinales no son tan importantes y la afectación en otras esferas de la vida puede interferir en conseguir una calidad de vida plena, extrapolando a los estudios previos realizados sobre CVRS en los que se observa que la enfermedad interfiere en la calidad de vida, aun en las fases de inactividad inflamatoria <sup>59</sup>. Por todo esto nos ha parecido más interesante excluir a los pacientes con actividad inflamatoria grave.

## Justificación

Por último en nuestro estudio pretendemos conocer los factores involucrados en la sexualidad en los pacientes con EII, ya que su identificación podría determinar cuáles son los grupos de riesgo sobre los que prestar más atención en la detección de dichos trastornos.

## Justificación

## Objetivos

## V. OBJETIVOS

## Objetivos

# Objetivos

Una vez expuesto lo anterior, podemos enumerar los OBJETIVOS del presente trabajo:

- A. Determinar si la EII en sus fases con actividad leve o moderada influye en la sexualidad de los individuos que la padecen.
- B. Estudiar cuales son los factores fundamentales que podrían estar en relación con las alteraciones de dicha disfunción sexual.

## Objetivos



## **VI. MATERIAL Y MÉTODOS**

## Material y métodos

# Material y métodos

## A. CRITERIOS DE SELECCIÓN EN EL ESTUDIO

### 1. Criterios de inclusión

#### *Grupo de pacientes*

Los pacientes fueron seleccionados de manera prospectiva, de entre los seguidos en la consulta monográfica de EII del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario “Ramón y Cajal” de Madrid, afectos de EII tipo CU, EC o colitis indeterminada. El diagnóstico se estableció en cada caso de acuerdo a los criterios habituales (anexos 1 y 2) <sup>126</sup>, con exclusión específica y por protocolo de entidades que pudieran confundirse con la EII, sobre todo enteropatías infecciosas. Se incluyeron pacientes de forma consecutiva con actividad inflamatoria leve o moderada y con edades comprendidas entre 18 y 65 años. Los pacientes seleccionados no debían presentar ningún factor asociado que interfiera “per se” en el funcionamiento sexual (ver criterios de exclusión)

Sometimos a la consideración del Comité Ético de Investigación Clínica de nuestro centro, la realización del presente estudio, obteniendo el visto bueno y la autorización pertinentes (ver acta anexo 3) Los datos personales de los pacientes se han manejado manteniendo el anonimato. El estudio fue propuesto a los pacientes de la consulta de EII. Estos recibían una carta explicativa con la información sobre los objetivos y las características del estudio, los cuestionarios a rellenar y un sobre prefranqueado, para que lo devolvieran contestado (siendo considerado esto como la autorización para participar en el estudio).

# Material y métodos

## *Grupo control*

Los pacientes del grupo control eran individuos del ámbito sanitario de entre 18 y 65 años que de forma voluntaria, anónima y altruista decidían participar en el estudio.

## **2. Criterios de exclusión**

Se excluyeron los pacientes con EI con actividad inflamatoria grave, definida según los índices de actividad de Harvey-Bradshaw y el de Lichtiger, expuestos en los anexos 4 y 5.

Se excluyeron los pacientes con las siguientes patologías o situaciones:

1. Enfermedades concomitantes: enfermedades neurológicas o psiquiátricas, cardiológicas, pulmonares, enfermedad vascular avanzada, insuficiencia renal crónica, enfermedad hepática avanzada, enfermedades genitourinarias, endocrinológicas (diabetes mellitus, hiperprolactinemia, alteraciones tiroideas o del eje neurohipofisario), detectadas mediante los antecedentes personales, la historia clínica y analítica.
2. Embarazo o lactancia.
3. Fármacos, tóxicos y drogas de abuso: se excluyeron los pacientes que estaban bajo tratamiento con cualquier sustancia que haya demostrado repercusión sobre el funcionamiento sexual (anexo 6).

Para los individuos del grupo control se aplicaron los mismos criterios de exclusión.

## **B. CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL**

Para desarrollar el objetivo de este estudio, se estimó el tamaño muestral necesario mediante una prueba de chi cuadrado para comparación de dos muestras independientes de casos y controles, estimando la mitad de controles que de casos. Basándonos en los datos publicados previamente, si la probabilidad de exposición de los controles es de 0'17 y el riesgo real para la enfermedad en los casos frente a

## Material y métodos

sujetos no expuestos es de 0'26 <sup>96</sup>, el cálculo del tamaño muestral estima que necesitaremos estudiar 100 casos y 50 controles. Este cálculo asume una potencia de 0'8 y un error  $\alpha$  de 0'05.

### C RECOGIDA DE MUESTRAS Y DATOS CLÍNICOS

#### 1. Grupo de pacientes

La información se recogió durante la vista médica en la que el paciente entraba en el estudio, mediante una entrevista personal en la que se recogía información sobre diferentes aspectos sociodemográficos (sexo, edad, pareja estable, tiempo de relación en pareja estable, hábitos tóxicos). De la historia clínica se recogieron además datos sobre la EI (tipo de enfermedad, extensión de la enfermedad, año de diagnóstico, presencia de enfermedad perianal, cirugías previas, tratamientos recibidos) sobre otras enfermedades asociadas y los tratamientos administrados. El cuestionario completo se puede ver en el anexo 7.

Se entregaba además al paciente un cuestionario con un sobre franqueado que se llevaban para contestar con tranquilidad y de manera no vigilada en su domicilio, pudiendo enviarlo posteriormente. Este incluía:

- Para el estudio del funcionamiento sexual, empleamos la versión española del cuestionario CSFQ (Changes in sexual Functioning Questionnaire) <sup>83,85</sup>. Éste cuestionario se diseñó específicamente para la medición de los cambios de la sexualidad en relación con las enfermedades médicas, además tiene adecuadas características de fiabilidad y validez y su versión en castellano está validada. En él se incluyeron las 14 preguntas que se emplean para obtener el valor numérico que nos establece si existe o no alteraciones en la sexualidad. Los ítems se puntúan siguiendo una escala Likert de 5 valores.

## Material y métodos

En todos los casos, 1 significa lo peor y 5 lo mejor. Los 12 ítems que forman la escala propiamente dicha, se agrupan en 5 dimensiones, obteniendo la puntuación total mediante la suma de los ítems que la forman.

- Deseo/frecuencia: ítems 2 y 4
- Deseo/interés: ítems 3, 5 y 6.
- Placer: ítem 1
- Activación/excitación: ítems 7, 8 y 9.
- Orgasmo: ítems 10,11 y 12.
- Total: se obtiene sumando las puntuaciones de todos los ítems (1-14). .

Los puntos de corte propuestos por los autores <sup>83,85</sup> para diferenciar entre problemas y ausencia de ellos son los siguientes:

- Deseo/frecuencia: varones 8, mujeres 6
- Deseo/interés: varones 11, mujeres 9
- Placer: en ambos sexos 4
- Excitación: varones 13, mujeres 11
- Orgasmo: Varones 13, mujeres 11
- Función sexual global: varones 47, mujeres 41.

Dichos cuestionarios se pueden ver en los anexos 8 y 9.

- También se incluyeron unas preguntas que valoraban de forma subjetiva las posibles causas que podrían estar influyendo en un cambio en el funcionamiento sexual. Estas fueron tomadas de trabajos anteriores publicados sobre sexualidad <sup>93,94</sup>. Dichos cuestionarios se pueden consultar en el anexo 10.
- Para el estudio de la calidad de vida, se incluyeron una escala visual analógica (EVA), que forma parte del cuestionario EuroQol como medida de calidad de vida genérica <sup>30,35</sup>, y un cuestionario específico de EII (IBDQ-9) <sup>38</sup>. Este consta de

## Material y métodos

9 ítems, que se puntúan siguiendo una escala de Likert de 7 valores, donde el 1 es el peor estado de salud y el 7 el mejor. La puntuación global se obtiene mediante la suma de todos los ítems. Dichos cuestionarios se encuentran en los anexos 11 y 12.

- Para la valoración de síntomas de ansiedad y depresión se utilizó la escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) <sup>113,127</sup>. Se trata de un cuestionario autoaplicado de fácil utilización, que valora de una forma global los trastornos afectivos y de forma separada la ansiedad y la depresión. Es una herramienta de utilidad para proporcionar medidas dimensionales de malestar psíquico, mostrando una buena correlación con diferentes aspectos de gravedad de la enfermedad física y que permite detectar cambios durante el curso de una enfermedad o en respuesta a distintos tipos de intervenciones. Además, se ha aplicado previamente en el estudio de los trastornos del ánimo de la población con EII <sup>108,128-130</sup>. Por todos estos motivos, seleccionamos este cuestionario para la detección de trastornos del ánimo en nuestra muestra. El cuestionario en concreto <sup>113</sup> consta de 14 preguntas, y está integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (preguntas impares) y otra de depresión (preguntas pares). El paciente tiene que seleccionar para cada ítem, la alternativa de repuesta que mejor refleje la situación de la última semana. Se puntúan siguiendo una escala de Likert de 4 valores. En todos los casos, el 0 hace referencia al mejor estado de ánimo y el 3 al peor. La puntuación para cada subescala se obtiene sumando los valores de las respuestas seleccionadas (0-3) que corresponden a dicha subescala. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala y de 0-42 para la puntuación global. Aunque los datos de fiabilidad del cuestionario en términos de consistencia interna y fiabilidad test-retest son adecuados, la capacidad discriminativa entre ansiedad y depresión de ambas subescalas está muy cuestionada y su validez predictiva parece escasa <sup>127,131</sup>. Por este motivo los autores recomiendan la utilización de la puntuación global y no de las subescalas por separado, proponiendo puntos de corte desde  $\geq 11$  <sup>132,133</sup>. El cuestionario que hemos aplicado de esta forma, se encuentra en el anexo 13.

## Material y métodos

- La actividad inflamatoria fue evaluada mediante el índice de actividad de Harvey-Bradshaw para la EC <sup>134</sup> y el índice de Lichtiger o de True-love modificado <sup>135</sup> para la colitis ulcerosa. Ambos índices se pueden ver en los anexos 4 y 5.
- Se realizó una analítica a los pacientes, que incluía la proteína C reactiva como parámetro de actividad inflamatoria, además de una analítica completa para excluir enfermedades asociadas que pudieran interferir en el funcionamiento sexual, incluyendo las hormonas tiroideas, la prolactina y las hormonas de eje hipófiso-gonadal (FSH, LH y testosterona a los varones y FSH; LH, testosterona, progesterona y estradiol a las mujeres).

Los datos de los pacientes fueron enmascarados para preservar la identidad.

### 2. Grupo control

El grupo control tan solo recibía un cuestionario con un sobre franqueado que debía enviar por correo una vez completado. Este incluía:

- Preguntas sobre aspectos sociodemográficos (sexo, edad, existencia o no de pareja estable, tiempo de relación en pareja, hábitos tóxicos), sobre cualquier antecedente médico-quirúrgico previo y sobre tratamientos recibidos (características generales del anexo 7).
- Para el estudio del funcionamiento sexual, la versión española del cuestionario CSFQ (Changes in sexual Functioning Questionnaire) <sup>83,85,136</sup>. Para el estudio de la calidad de vida se incluyó la escala analógica visual del cuestionario EuroQol <sup>35</sup>. Ambos cuestionarios quedan expuestos en los anexos 8 y 9.



## Material y métodos

- Para la valoración de síntomas de ansiedad-depresión se utilizó la escala de ansiedad y depresión HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) <sup>113</sup>. Dicho cuestionario se puede ver en el anexo 13. .

### D DEFINICIONES

#### 1. Enfermedad grave

Aquella enfermedad que para su control ha precisado cirugía, tratamiento inmunosupresor (azatioprina, 6-mercaptopurina, metotrexate) o tratamiento biológico (infliximab, adalimumab).

#### 2. Actividad inflamatoria

Se definieron los siguientes grupos en función de las escalas de actividad clínica. Los índices de Harvey-Bradshaw y de Lichtiger se pueden ver en el anexo 4 y 5.

- Actividad leve:
  - Enfermedad Crohn: puntuaciones menores de 6 en el índice de actividad Harvey-Bradshaw <sup>134</sup>.
  - Colitis ulcerosa: puntuaciones menores de 6 en el índice de Lichtiger <sup>135</sup>.
- Actividad moderada:
  - Enfermedad Crohn: puntuaciones entre 6 y 12 en el índice de actividad Harvey-Bradshaw <sup>134</sup>.
  - Colitis ulcerosa: puntuaciones entre 6 y 10 en el índice de Lichtiger <sup>135</sup>.
- Actividad grave:
  - Enfermedad de Crohn: puntuaciones mayores de 12 en el índice de actividad Harvey-Bradshaw <sup>134</sup>.
  - Colitis ulcerosa: puntuaciones mayores de 10 en índice de Lichtiger <sup>135</sup>.

### E. DISEÑO DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO

## Material y métodos

En primer lugar llevamos a cabo el análisis descriptivo de las diferentes características demográficas y clínicas en los diferentes grupos (casos y controles), describiendo las siguientes variables: edad, pareja estable, tiempo de relación en pareja y trastorno del ánimo. En los pacientes, además, se describieron las características de la EI: tipo de enfermedad, años de evolución, gravedad, actividad inflamatoria, extensión, presencia de enfermedad perianal e intervenciones quirúrgicas abdominales.

Las variables cuantitativas, fueron descritas mediante su mediana y su intervalo de confianza y las variables categóricas, mediante su distribución de frecuencias en los distintos grupos definidos. Se comprobó la distribución de normalidad en casos y controles, verificando que seguían una distribución no normal. Por ello se emplearon test no paramétricos, utilizándose para la comparación entre grupos la prueba de la U-Mann-Whitney y de chi-cuadrado.

La representación gráfica de las variables categóricas se realizó mediante gráficos circulares, mientras que las variables cuantitativas, se representaron mediante gráficos de cajas para cada grupo del estudio, con excepción de la edad que se representó mediante histograma.

La sexualidad se estudió en primer lugar mediante un análisis descriptivo sobre la opinión de los pacientes, a través de unas preguntas directas sobre su sexualidad y representando sus resultados mediante la distribución de frecuencias.

Para la valoración objetiva de la sexualidad se realizó, por una parte la comparación de la sexualidad entre los casos y controles mediante la prueba de U-Mann-Whitney. Para este análisis la sexualidad se midió a través del cuestionario CSFQ, considerando como punto de corte del mismo, el valor establecido previamente en la literatura<sup>83-85</sup>.

En el análisis de la sexualidad, se observó que, aunque existían diferencias en los resultados del cuestionario CSFQ de las dos poblaciones estudiadas (pacientes con

## Material y métodos

EII y grupo control), la mayor parte de los individuos presentaban datos de sexualidad considerados como normales, según el punto de corte establecido previamente en la literatura <sup>84,85</sup>. Por este motivo y con el fin de dar mayor peso a las diferencias encontradas entre ambas poblaciones estudiadas, y tal y como referiremos posteriormente en el apartado de resultados, se **calculó un nuevo punto de corte del cuestionario CSFQ** mediante una curva de ROC.

Posteriormente, para definir el **riesgo de disfunción sexual en los pacientes con EII**, se realizaron el **análisis univariante y multivariante**, mediante un modelo de regresión logística binaria para la totalidad de la muestra (casos y controles) La variable binaria dependiente fue la presencia de función sexual normal, evaluada mediante el cuestionario CSFQ, enfrentada a la función sexual alterada. Los factores de riesgo incluidos fueron: presencia de EII, edad, trastornos del ánimo (cuestionario HAD), tiempo de relación en pareja y la calidad de vida (EVA). Para dicho análisis se emplearon las variables de forma binaria:

- La variable “sexualidad” se estudió mediante el cuestionario CSFQ, definiéndose como alterada según los puntos de corte creados previamente.
- La variable “estado emocional” se definió como normal o alterada según el punto de corte establecido previamente en la literatura.
- Para transformar la variable “edad” en una variable binaria se calculó el percentil 75 de cada muestra y se empleó dicho resultado para clasificarlos en dos grupos de edad: jóvenes y mayores.
- Para la transformación de la variable “tiempo en pareja” en una variable binaria, se calculó la mediana de la muestra de hombres y de mujeres y se empleó dicho resultado para definir dos grupos: poco y mucho tiempo en pareja.
- La transformación de la variable “calidad de vida” en binaria, se realizó mediante el cálculo de la mediana de la escala visual analógica (EVA) en la muestra de hombres y mujeres y quedando clasificados en pacientes con buena o mala calidad de vida en función de este punto de corte.

Finalmente, para analizar los posibles **factores que influyen en el deterioro de la sexualidad de los pacientes con EII**, se realizó un **estudio multivariante** mediante un modelo de regresión logística binaria. La variable binaria dependiente fue también la

## Material y métodos

presencia de función sexual normal, evaluada mediante el cuestionario CSFQ y enfrentada a la función sexual alterada. Para definir dicha variable, se emplearon los mismos puntos de corte explicados en el apartado anterior. Los factores de riesgo incluidos fueron: edad, trastornos del ánimo, tiempo de relación en pareja, tipo de enfermedad, actividad inflamatoria, PCR, presencia de enfermedad perianal, enfermedad grave y cirugías abdominales, años de evolución de la enfermedad y calidad de vida (IBDQ-9). Para ello, se emplearon las variables de forma binaria, a excepción de los niveles de PCR y los años de evolución de la enfermedad, que se estudiaron de forma cuantitativa. La edad, los trastornos del ánimo y los años de pareja estable se utilizaron en forma binaria, definiendo dichas variables del mismo modo que para el análisis univariante explicado previamente. La transformación de la calidad de vida en una variable binaria, se realizó mediante el cálculo de la mediana del cuestionario final del IBDQ de la muestra para hombres y mujeres, quedando clasificado en pacientes con buena o mala calidad de vida en función de dichos puntos de corte.

Para todos los contrastes estadísticos se adoptó un nivel de significación del 5% ( $p=0,05$ ) y se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois, EEUU de Norteamérica).

## **VII. RESULTADOS**

## Resultados

## Resultados

En esta sección, se describen las distribuciones de las variables del estudio en los dos grupos analizados (pacientes con EII y grupo control). En las tablas 4 y 5 se enumeran todas las variables junto con los índices estadísticos que las definen. En la misma tabla se enumeran además los valores p de las comparaciones de los índices estadísticos de las variables de uno y otro grupo. La representación gráfica de las distribuciones de las principales variables del estudio se expone también a continuación (figuras 1 y 2).

Como se ha explicado con anterioridad, la sexualidad en hombres y en mujeres es fisiológicamente diferente y los cuestionarios empleados para su estudio utilizan preguntas distintas para uno y otro sexo, por lo que los resultados se expresarán por separado.

### A. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS SUJETOS DEL ESTUDIO

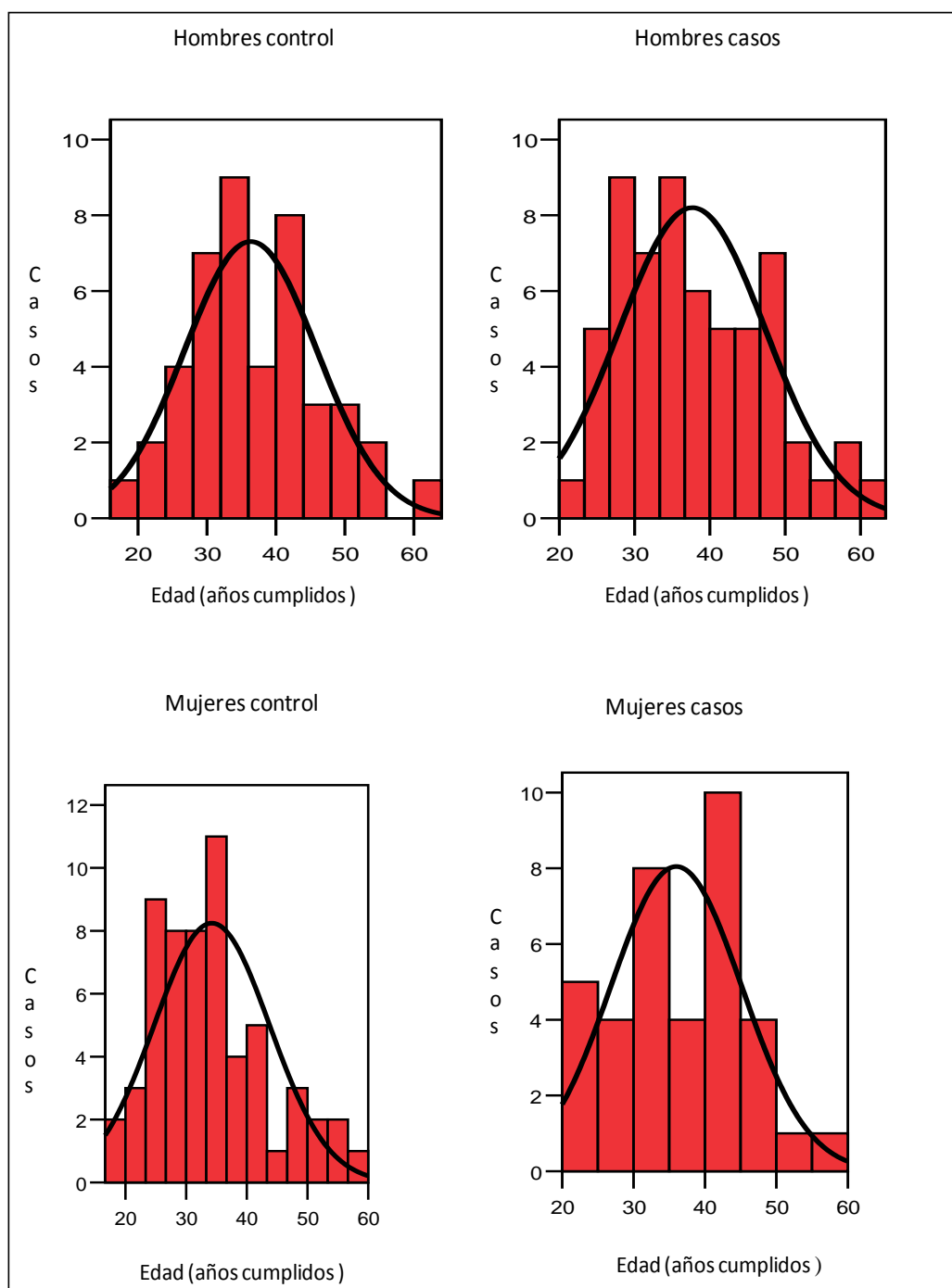
Aceptaron participar en el estudio 117 pacientes con EII, de los que 97 devolvieron el cuestionario correctamente contestado. De éstos 60 eran varones y 37 mujeres. Ninguno de los casos tuvo que ser excluido tras el análisis hormonal realizado para descartar otras patologías. La mediana de edad global fue de 37 años (rango 21-63 años) Además se recogieron un total de 103 controles, de los cuales 59 eran mujeres y 44 varones, con una mediana de edad de 34 años (rango 18-43) . Las edades en ambos grupos estudiados fueron similares ( $p=0,719$ ).

Ambas muestras presentaban distribuciones diferentes de hombres y mujeres, existiendo en el grupo de pacientes mayor cantidad de hombres (62%) mientras que en el grupo control existía mayor proporción de mujeres (57%).

Los varones con EII tenían una mediana de edad de 36 años (21-63), frente a 34,5 años (18-63) del grupo control, sin existir diferencias en las edades de ambas muestras ( $p=0,553$ ). En las mujeres la mediana de edad fue de 37 años (21-57) para el grupo de pacientes y de 33 años (18-58) para el grupo control, sin existir diferencias

## Resultados

significativas entre ambos grupos ( $p=0,281$ ). La representación gráfica de la distribución de la edad de todos los grupos estudiados se puede ver en la figura 1.



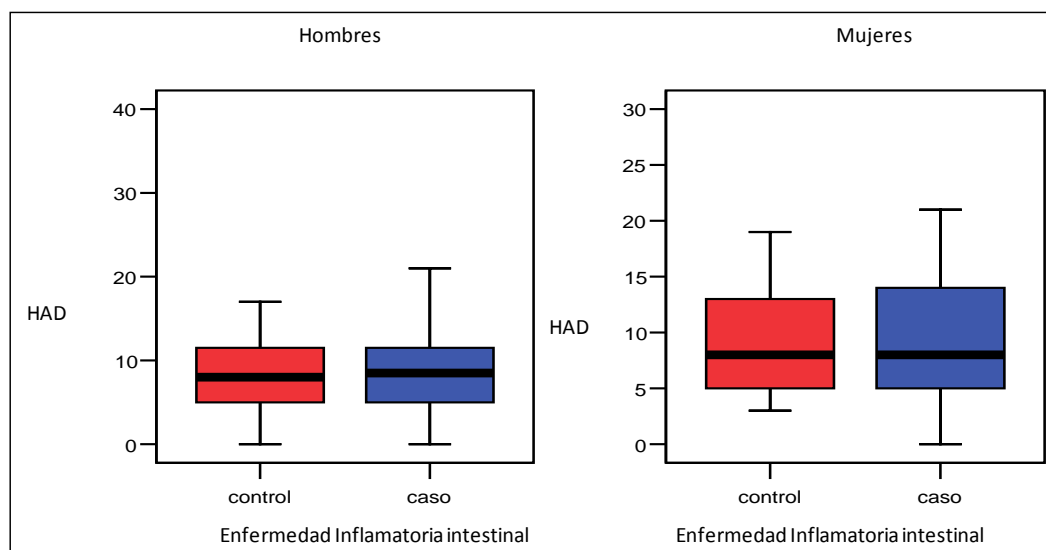
**Figura 1: Histograma de la variable edad en los distintos grupos estudiados.**

La prevalencia de los trastornos del ánimo estudiados mediante el cuestionario HAD, no fue diferente en el grupo de los varones ( $p=0,427$ ), presentando los pacientes con EI una puntuación mediana de 8,5 (0-33), mientras que los individuos del grupo



## Resultados

control tenían una puntuación mediana de 8 (0-17). En las mujeres tampoco se observaron diferencias en los trastornos del ánimo de los pacientes con EII y del grupo control ( $p=0,860$ ), con una mediana de 8 en ambas muestras (intervalo de 3-27 y 0-21 respectivamente). La representación gráfica mediante diagramas de cajas de la variable trastornos del ánimo se puede ver en la figura 2.



**Figura 2: Diagrama de cajas de la variable ansiedad-depresión (HAD total) en los distintos grupos estudiados.**

Los controles están representados en color rojo y los casos en azul.

El trazo grueso horizontal indica la mediana, las dos bases del rectángulo son los cuartiles Q1 y Q3.

Los dos trazos horizontales más delgados corresponden a los valores máximo y mínimo de la distribución que no se consideran valores alejados.

En los hombres, el grupo de pacientes con EII, tenía menor proporción de individuos que mantenían una relación de pareja estable (76,6% vs 90,9%), pero de los que tenían pareja el tiempo medio de la relación, era similar en ambos grupos ( $p=0,140$ ) (mediana 13 en EII vs 9 en controles). Por el contrario, las mujeres de la cohorte de pacientes tenían mayor proporción de relaciones estables de pareja que el grupo control (91,9% vs 76,3%), y de nuevo de los que tenían pareja, el tiempo medio de la relación era similar en ambos grupos (16 vs 8 años  $p=0,114$ ).

## Resultados

En resumen, este análisis sugiere que existe homogeneidad entre los grupos, en aquellas variables distintas del factor de estudio, lo que permitió la comparación de los grupos y la extracción de conclusiones. Los resultados detallados y las representaciones gráficas se pueden ver en las tablas 4 y 5.

Variable	Hombres casos	Hombres controles	Valor P
N	60	44	-
Edad (años cumplidos) Mediana Intervalo	36 (21-63)	34,5 (18-63)	0,553
Pareja estable N (%)	46 (76,6%)	40 (90,9%)	0'058
Tiempo de relación con pareja (años cumplidos) Mediana Intervalo	13 (0,2-35)	9 (0,6-32)	0,140
HAD Total (0-42) Mediana Intervalo	8'5 (0-33)	8 (0-17)	0,427

**Tabla 4: Características sociodemográficas en hombres.**

## Resultados

Variable	Mujeres casos	Mujeres controles	Valor P
N	37	59	-
Edad (años cumplidos) Mediana Intervalo	37 (21-57)	33 (18-58)	0,281
Pareja estable N (%)	34 (91'9%)	45 (76'3%)	0'051
Tiempo de relación con pareja (años cumplidos) Mediana Intervalo	16 (1-34)	8 (1-33)	0,114
HAD Total (0-42) Mediana Intervalo	8 (3-27 )	8 (0-21)	0,860

**Tabla 5: Características sociodemográficas en mujeres**

En la cohorte de pacientes, se recogieron un total de 97 pacientes de los cuales 39 (40,2%) presentaban CU y 58 EC (59,8%).

En el grupo de los hombres, el 43% padecía una CU con afectación pancolónica (E3) en el 42,3%, izquierda (E2) en el 38,5% y proctitis (E1) en el 19,2%. El 57% padecía una EC, siendo la localización más frecuente la ileocólica (L2)(50%), seguida de la ileal (L1)(32%). El 13,3% tenía afectación perianal asociada y el 13,3% había precisado tratamiento quirúrgico a lo largo del curso de su enfermedad. La mediana de evolución de la enfermedad era de 4 años (0,2-28). En el grupo de varones, el 55% tenía una enfermedad definida como grave (en tratamiento inmunosupresor o que ha precisado cirugía). La mayoría de los pacientes (90%), tenía la enfermedad inactiva o con actividad leve, con una mediana del índice de Harvey-Bradshaw de 1 (0-7) y una mediana del índice de Lichtiger de 0,5 (0-9). La media de los niveles de PCR fue de 7,6 mg/L (rango 0,3-65,5).

En la cohorte de mujeres, la mayor parte padecía una EC (64,9%), de las cuales la localización más frecuente era la ileal (45,8%), seguida de la ileocólica (37,5%). La afectación perianal estaba presente en el 16,2% de las mujeres. En las mujeres el 35%

## Resultados

presentaba una colitis ulcerosa, siendo la localización más frecuente de ésta la izquierda (61%). El 18,9% de las mujeres, habían sido sometidas a tratamiento quirúrgico para el manejo de su enfermedad. La enfermedad se consideró como grave en el 51,4% de las pacientes. La mediana de años de evolución de la enfermedad fue de 6 (0,5-27). La mayor parte (83,8%) se encontraban sin actividad inflamatoria o con actividad leve, siendo la mediana del cuestionario Harvey-Bradshaw de 1,5 (0-10) y el de Lichtiger de 0 (0-9). La media de los niveles de PCR fue de 9,31 mg/L (rango 0,1-64,0).

Los resultados de las características clínicas de la muestra quedan resumidos en la tabla 6.

## Resultados

Variable	TOTAL	HOMBRES N 60	MUJERES N 37
Tipo de enfermedad N (%)			
Colitis ulcerosa	39 (40,2%)	26 (43,3%)	13 (35,1%)
Enfermedad de Crohn	58 (59,8%)	34 (56,7%)	24 (64,9%)
Años de evolución enfermedad (años cumplidos)			
Mediana (Intervalo)	5 (0,2-28)	4 (0,2-28)	6 (0'5-27)
Gravedad de enfermedad N (%)			
Si	52 (53,6%)	33 (55%)	19 (51,4%)
No	45 (46,4%)	27 (45%)	18 (48,6%)
Actividad inflamatoria N (%)			
Inactivo-Leve	86 (87,6%)	54 (90%)	32 (83,8%)
Moderada	11 (12,4%)	6 (10%)	5 (16,2%)
PCR (mg/L)			
Media (rango)	8,3 (0,1-65,5)	7,6 (0,3-65,5)	9,3 (0,1-64,0)
Índice Harvey-Bradshaw			
Mediana (Amplitud)	1,00 (0-10)	1 (0-7)	1,5 (0-10)
Índice Lichtiger			
(rango 0-21) Mediana (amplitud)	0,00 (0-9)	0,5 (0-9)	0,0 (0-9)
Localización Enfermedad Crohn N (%)			
Íleon	22 (37,9%)	11 (32,4%)	11 (45,8%)
Colon	8 (13,8%)	4 (11,8%)	4 (16,7%)
Ileocólica	26 (44,8%)	17 (50%)	9 (37,5%)
Alguno de los anteriores + tubo digestivo alto	2 (3,4%)	2 (5'9%)	0 (0%)
Localización Colitis ulcerosa N (%)			
Proctitis	8 (20,5%)	5 (19,2%)	3 (23,1%)
Izquierda	18 (46,2%)	10 (38,5%)	8 (61,5%)
Pancolitis	13 (33,3%)	11 (42,3%)	2 (15,4%)
Enfermedad perianal N (%)	14 (14,4%)	8 (13,3%)	6 (16,2%)
Cirugías abdominales N (%)	15 (15,5%)	8 (13,3%)	7 (18,9%)

**Tabla 6 Características de la enfermedad en la cohorte de casos.**

# Resultados

## B. ESTUDIO DE FUNCIÓN SEXUAL

### 1. Análisis descriptivo sobre la opinión de los pacientes con EII

Para conocer la sensación subjetiva que tenían los pacientes con EII sobre la manera en que la enfermedad afecta su sexualidad, se realizó una serie de preguntas obtenidas de un estudio publicado previamente sobre la sexualidad en pacientes con EII<sup>93,94</sup> y del cuestionario CSFQ<sup>85,136</sup>. Dichas preguntas se pueden ver en los anexos 8,9,10.

En nuestra cohorte de pacientes, 65 % de las mujeres (24) contestaron que su sexualidad había experimentado un cambio con respecto al momento más placentero de su vida sexual. De éstas el 62,5% consideraron que el cambio era secundario a su enfermedad (37,5% por empeoramiento, 20,8% por mejoría y 4,1% por la medicación). El 37,5% restante, consideró que el cambio estaba relacionado con otros factores (25% por cambios en alguna situación de su vida, 4,1% por envejecimiento y 8,3% por cambios de pareja).

En el grupo de hombres con EII, 50% reconocieron cambios en su sexualidad respecto al momento más placentero de ésta, de los cuales el 63% lo achacaron a la propia enfermedad (26% por empeoramiento, 16,6% por mejoría y el 20% por la medicación). El 36,6% restante, consideró que el cambio estaba relacionado con otros factores (13% por cambios en alguna situación de su vida, 13% por envejecimiento y 10% por cambios de pareja).

Por lo tanto podemos decir que una parte significativa de los cambios que experimentaron nuestros pacientes en su sexualidad, fueron descritos por ellos mismos como secundarios a la enfermedad inflamatoria intestinal. Los resultados

## Resultados

detallados se pueden ver en la tabla 7.

	Hombres N 30	Mujeres N 24
Relacionados con la enfermedad N (%)	19 (63,3%)	15 (62,5%)
Empeoramiento N (%)	8 (26,6%)	9 (37,5%)
Mejoría N (%)	5 (16,6%)	5 (20,8%)
Medicación N (%)	6 (20%)	1 (4'1%)
Cambio de situación N (%)	4 (13%)	6 (25%)
Cambio de pareja N (%)	3 (10%)	2 (8'3%)
Envejecimiento N (%)	4(13%)	1 (4'1%)

**Tabla 7: Causas percibidas del cambio en la sexualidad en los pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal**

Al preguntarles sobre los factores que interferían en su sexualidad, el 32% de las mujeres refirió que sus relaciones se dificultaban por alteraciones en su autoestima, el 2,7% por miedo a padecer incontinencia y el 19% por dolor durante las relaciones sexuales. En el grupo de los hombres, el 17% de los varones refirió autoestima alterada, que dificultaba sus relaciones sexuales, 8% miedo a la incontinencia y 5% dolor durante las relaciones. Se pueden ver los resultados detallados en la tabla 8.

## Resultados

	Hombres N 60	Mujeres N 37
Dolor durante relaciones sexuales N (%)	9 (15%)	7 (18,9%)
Miedo a incontinencia N (%)	5 (8,3%)	1 (2,7%)
Alteración en autoestima N (%)	10 (16,7%)	12 (32%)

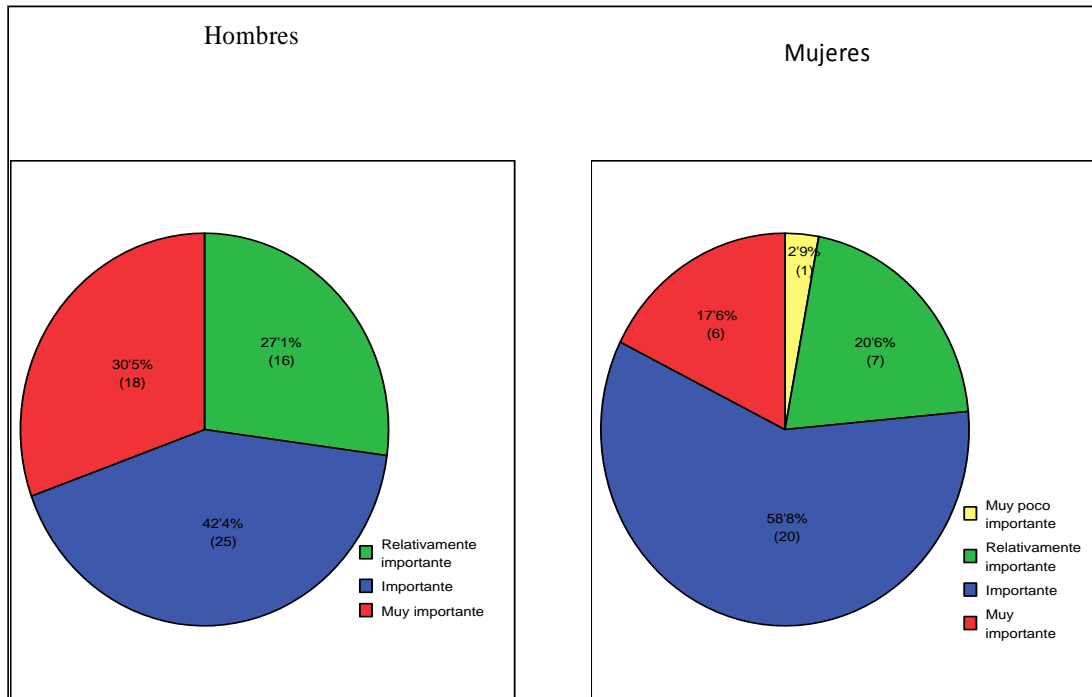
**Tabla 8: Factores que dificultan las relaciones sexuales en los pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal**

A la pregunta de qué importancia le da a sus relaciones sexuales, tan sólo una de las mujeres (2,9%) contestó que es un tema de muy poca importancia. El 20,6% contestó que es un tema relativamente importante, mientras que el 76,5% consideraron que es un tema importante o muy importante. En cuanto a los varones el 27% contestaron que la sexualidad es un aspecto relativamente importante y el 73% que es un tema importante o muy importante. Ninguno de los varones respondió que lo consideraran un tema de poca importancia.

Por tanto, para la mayoría de los pacientes de nuestra serie, la sexualidad es un tema valorado como relevante. La representación gráfica de dichos resultados se expone en la figura 3.



## Resultados



**Figura 3: Importancia percibida de las relaciones sexuales en el grupo de pacientes con EII**

# Resultados

## 2. Valoración objetiva de la sexualidad

Para comparar la sexualidad de los pacientes con EII, con el grupo control se empleó el cuestionario CSFQ, que permite el estudio de la sexualidad en global y de cada una de las fases del ciclo sexual.

### *a) Diferencias entre la población control y pacientes con EII: Hombres.*

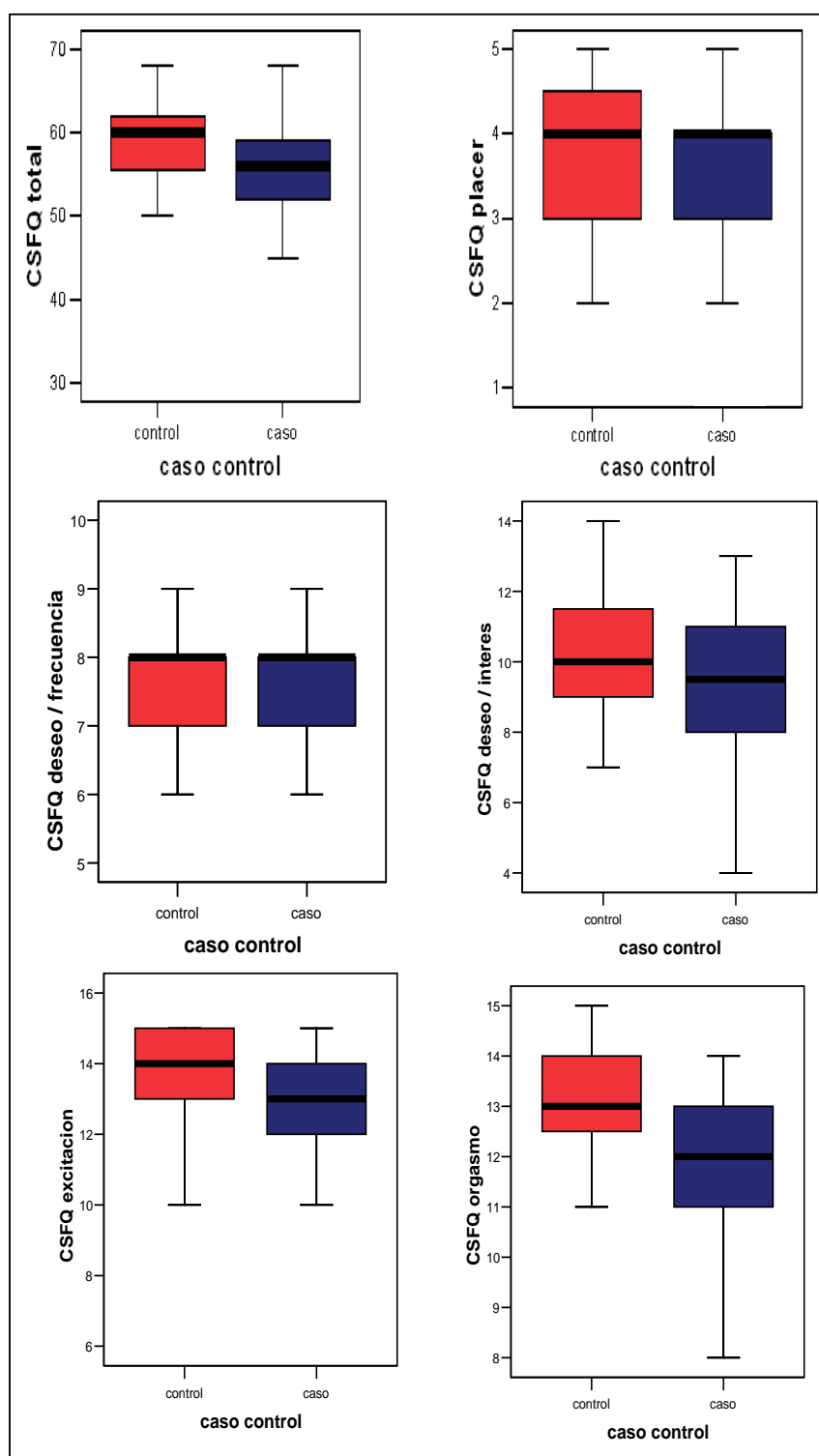
Los varones con EII, presentan valores totales significativamente ( $p=0,007$ ) más bajos en el cuestionario CSFQ total, que los del grupo control ( $56,0 \pm 6,33$  vs  $60 \pm 5,04$ ). También se observan puntuaciones significativamente menores ( $p=0,003$ ) en la esfera del orgasmo, en los pacientes con EII ( $12 \pm 1,51$ ) con respecto a los controles ( $13 \pm 1,22$ ). En la variable deseo interés, el grupo de EII, también tiene valores significativamente más bajos ( $p=0,039$ ) con respecto a la cohorte de controles ( $9,5 \pm 2,19$  vs  $10 \pm 1,84$ ). El resto de las escalas del cuestionario CSFQ (placer, deseo frecuencia y excitación) no mostraron diferencias significativas entre los pacientes con EII y el grupo control. La tabla 9 muestra detallados los resultados del cuestionario CSFQ y la figura 4 su representación gráfica.

## Resultados

Variable (amplitud)	Hombres casos	Hombres control	P (U-Mann-Whitney)
CSFQ total (14-70) Mediana $\pm$ SD Rango	56,0 $\pm$ 6,33 (36-68)	60 $\pm$ 5,04 (45-68)	<b>0,007</b>
CSFQ placer (1-5) Mediana $\pm$ SD Rango	4 $\pm$ 0,80 (1-5)	4 $\pm$ 0,86 (2-5)	0,267
CSFQ deseo frecuencia (2-10) Mediana $\pm$ SD Rango	8 $\pm$ 1,14 (5-10)	8 $\pm$ 1,10 (6-10)	0,175
CSFQ deseo interés (3-15) Mediana $\pm$ SD Rango	9,5 $\pm$ 2,19 (4-13)	10 $\pm$ 1,84 (5-14)	<b>0,039</b>
CSFQ excitación (3-15) Mediana $\pm$ SD Rango	13 $\pm$ 1,66 (7-15)	14 $\pm$ 1,65 (10-14)	0,118
CSFQ orgasmo (3-15) Mediana $\pm$ SD Rango	12 $\pm$ 1,51 (8-14)	13 $\pm$ 1,22 (9-15)	<b>0,003</b>

**Tabla 9 : Comparación de los resultados del cuestionario CSFQ en hombres.**

## Resultados



**Figura 4: Diagramas de cajas de los resultados del cuestionario CSFQ en hombres con EII (representado en azul) y controles (representado en rojo)**

El trazo grueso horizontal indica la mediana, las dos bases del rectángulo son los cuartiles Q1 y Q3. Los dos trazos horizontales más delgados corresponden a los valores máximo y mínimo de la distribución que no se consideran valores alejados.

## Resultados

Por lo tanto, los varones con EII, tienen puntuaciones en el cuestionario de sexualidad significativamente menores que la población control, tanto para la función sexual global, como para las esferas del deseo interés y el orgasmo.

### *b) Diferencias entre población control y EII: mujeres*

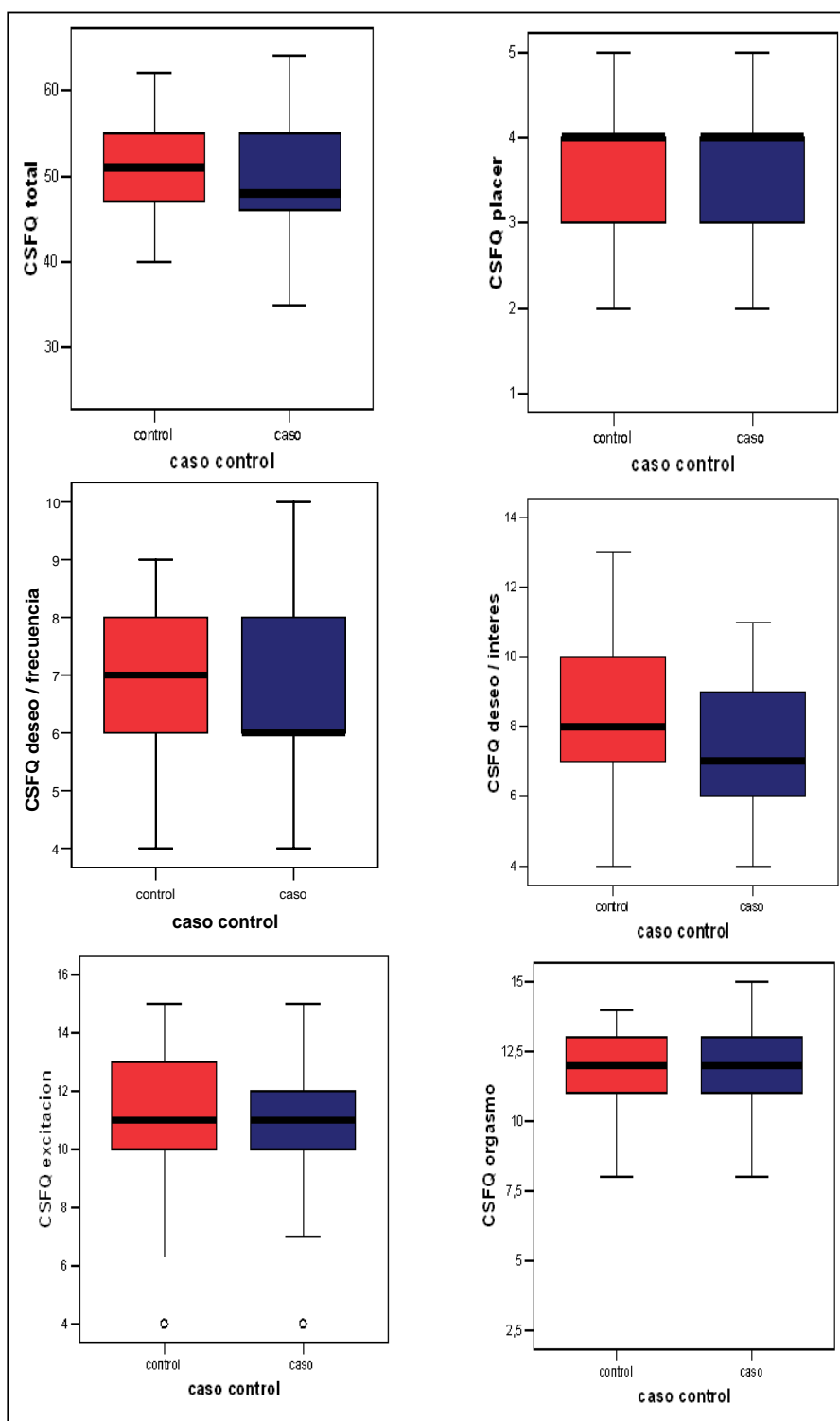
En el cuestionario CSFQ, las mujeres con EII, presentan valores totales menores que las mujeres del grupo control ( $48 \pm 7,88$  vs  $51 \pm 6,62$ ), pero dicha diferencia no alcanza significación estadística ( $p=0,327$ ). En la subescala del deseo interés, el grupo de pacientes tiene una mediana significativamente menor ( $p=0,013$ ), que el grupo control ( $7 \pm 1,80$  vs  $8 \pm 1,82$ ). La esfera del deseo frecuencia, también muestra valores mayores en el grupo control ( $7 \pm 1,25$ ), que en el grupo de EII ( $6 \pm 1,36$ ), pero dicha diferencia no alcanza significación estadística ( $p=0,943$ ). No se observan diferencias significativas entre ambas muestras para el resto de las subescalas (placer mediana 4  $p=0,628$ ; excitación mediana 11  $p=0,640$ ; orgasmo mediana 12  $p=0,473$ ). Los resultados detallados se pueden ver en la tabla 10 y su representación gráfica en la figura 5.

## Resultados

Variable (amplitud)	Mujeres casos	Mujeres control	P (U-Mann-Whitney)
CSFQ total (14-70) Mediana $\pm$ SD Rango	48 $\pm$ 7,88 (28-64)	51 $\pm$ 6,62 (25-62)	0,327
CSFQ placer (1-5) Mediana $\pm$ SD Rango	4 $\pm$ 0,92 (1-5)	4 $\pm$ 0,78 (1-5)	0,628
CSFQ deseo frecuencia (2-10) Mediana $\pm$ SD Rango	6 $\pm$ 1,36 (4-10)	7 $\pm$ 1,25 (4-9)	0,943
CSFQ deseo interés (3-15) Mediana $\pm$ SD Rango	7 $\pm$ 1,80 (4-11)	8 $\pm$ 1,82 (4-13)	<b>0,013</b>
CSFQ excitación (3-15) Mediana $\pm$ SD Rango	11 $\pm$ 2,50 (4-15)	11 $\pm$ 2,09 (4-15)	0,640
CSFQ orgasmo (3-15) Mediana $\pm$ SD Rango	12 $\pm$ 2,02 (6-15)	12 $\pm$ 1,97 (3-14)	0,473

**Tabla 10 : Comparación de los resultados del cuestionario CSFQ en mujeres.**

## Resultados



**Figura 5: Diagramas de cajas de los resultados del cuestionario CSFQ en mujeres con EII (representado en azul) y controles (representado en rojo)**

El trazo grueso horizontal indica la mediana, las dos bases del rectángulo son los cuartiles Q1 y Q3. Los dos trazos horizontales más delgados corresponden a los valores máximo y mínimo de la distribución que no se consideran valores alejados.

## Resultados

Las mujeres con EII, al contrario que en los varones, tienen valores en el cuestionario de sexualidad CSFQ muy similares a la población control, encontrándose únicamente una disminución en la esfera del deseo interés.

### *c) Cálculo de un nuevo punto de corte del cuestionario CSFQ*

En el diseño del cuestionario CSFQ original <sup>83, 85</sup>, se establecen unos puntos de corte, que definen aquellos pacientes con función sexual normal y aquellos con función sexual alterada, para cada una de las subescalas del mismo y para hombres y mujeres. Teniendo en cuenta dichos puntos de referencia, estudiamos la sexualidad de nuestra cohorte de pacientes.

Aunque la proporción de sujetos con alteraciones en la sexualidad, es mayor en el grupo de pacientes que en la población control. La mayor parte de los pacientes del estudio tienen una sexualidad global considerada como normal, tanto en el grupo de pacientes con EII como en el grupo control (91% vs 97% en hombres y 83% vs 94 % en mujeres).

Al explorar las diferentes esferas de la sexualidad, se observa que el 88% de los varones con EII, presentan alteraciones en el cuestionario del placer, frente al 75% de los varones del grupo control, 83% frente al 77% en el deseo frecuencia, 83% frente al 75% en el deseo interés, 55% frente al 56% en la excitación y 81% frente al 61% en el orgasmo.

Las mujeres con EII, presentan alteraciones en la variable del placer en el 86%, en la del deseo frecuencia el 51%, el 86% en la del deseo interés, en la de la excitación el 75% y en la subescala del orgasmo el 48%. En el grupo control, las alteraciones en la esfera del placer están presentes en el 88%, en el 47% en la del deseo frecuencia, 73% en la del deseo interés, 71% en la de la excitación y 37% en la del orgasmo.

Los resultados están detallados en las tablas 11 y 12.



## Resultados

	Hombres casos % (N)	Hombres control % (N)
CSFQ total		
Normal	91,7% (55)	97,7% (43)
Alterado	8,3% (5)	2,3% (1)
CSFQ placer		
Normal	25% (11)	11'7% (7)
Alterado	88,3% (53)	75% (33)
CSFQ deseo frecuencia		
Normal	16,7% (10)	22,7% (10)
Alterado	83,3% (50)	77,3% (34)
CSFQ deseo interés		
Normal	16,7% (10)	25% (11)
Alterado	83,3% (50)	75% (33)
CSFQ excitación		
Normal	45% (27)	43,2% (19)
Alterado	55% (33)	56,8% (25)
CSFQ orgasmo		
Normal	18,3% (11 )	38,6% (17)
Alterado	81,7% (49)	61,4% (27)

**Tabla 11: Tasas de disfunción de la sexualidad según el cuestionario CSFQ en hombres.**  
**Para dichos resultados se ha empleado el punto de corte validado previamente por la literatura**

## Resultados

	Mujeres casos % (N)	Mujeres control % (N)
CSFQ total		
Normal	83,8% (31)	94,9% (56)
Alterado	16,2% (6)	5,1% (3)
CSFQ placer		
Normal	13,5% (5)	11,9% (7)
Alterado	86,5% (32)	88,1% (52)
CSFQ deseo frecuencia		
Normal	48,6% (18)	52,5% (31)
Alterado	51,4% (19)	47,5% (28)
CSFQ deseo interés		
Normal	13,5% (5)	27,1% (16)
Alterado	86,5% (32)	72,9% (43)
CSFQ excitación		
Normal	24,3% (9)	28,8% (17)
Alterado	75,7% (28)	71,2% (42)
CSFQ orgasmo		
Normal	51,4% (19)	62,7% (37)
Alterado	48,6% (18)	37,3% (22)

**Tabla 12: Tasas de disfunción de la sexualidad según el cuestionario CSFQ en mujeres.**

**Para dichos resultados se ha empleado el punto de corte validado previamente por la literatura**

Por tanto, según la escala establecida por la literatura, la mayor parte de los individuos estudiados (tanto casos como controles) tienen valores del cuestionario CSFQ total considerados como normales. Sin embargo en las diferentes subescalas del mismo, la mayor parte de los cuestionarios de ambos grupos ofrecen resultados que se deben considerar como alterados.

Puesto que la mayor parte de los pacientes de ambos grupos presenta valores de sexualidad muy similares, se establecen nuevos puntos de corte de normalidad para el cuestionario CSFQ y sus diferentes subescalas, para darle mayor peso a las

## Resultados

diferencias en los análisis posteriores. Los nuevos puntos de corte se establecen mediante las medias del CSFQ del grupo control <sup>137-139</sup>.

Con los nuevos puntos de corte establecidos cada variable CSFQ tiene una sensibilidad y especificidad de detectar la EII como evento de:

Hombres:

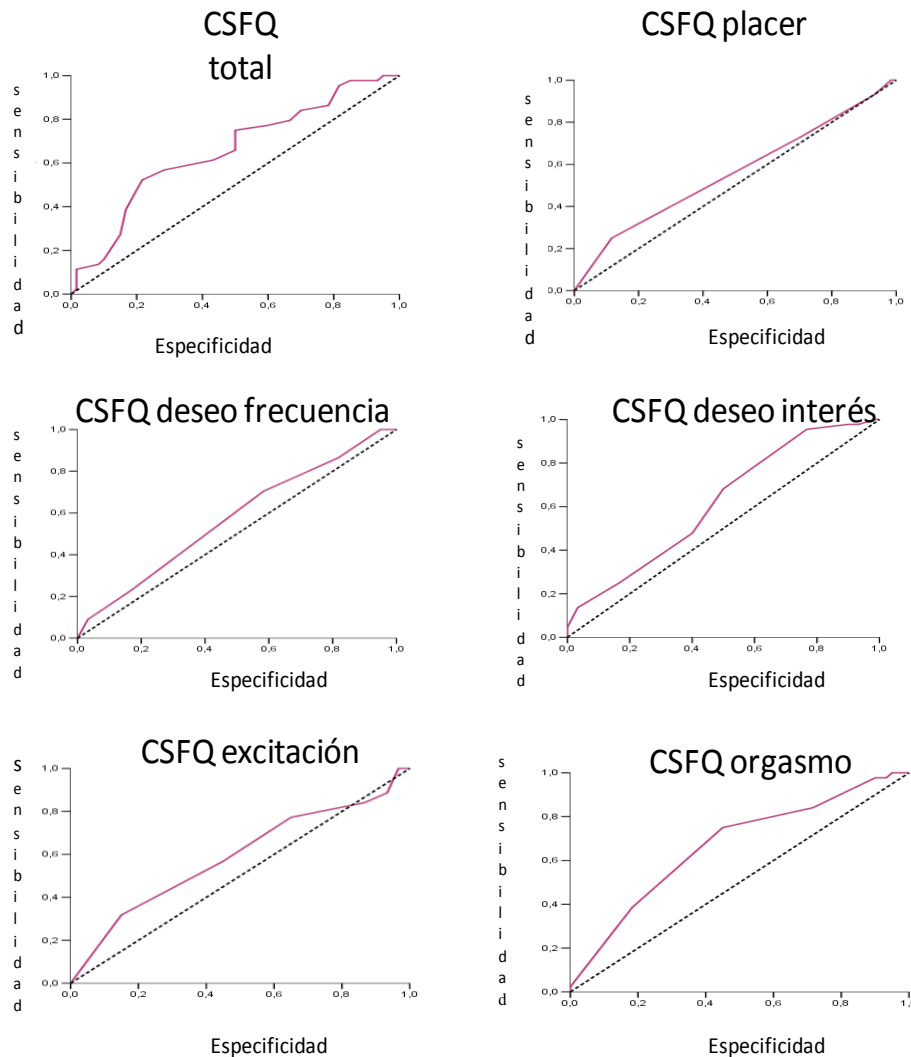
- CSFQ total: punto de corte 59 (sensibilidad 79%, especificidad 52%)
- CSFQ placer: punto de corte 4 (sensibilidad 75%, especificidad 88'3%)
- CSFQ deseo frecuencia: punto de corte 8(sensibilidad 87'3%, especificidad 93'3%)
- CSFQ deseo interés: punto de corte 11 (sensibilidad 75%, especificidad 83'3%)
- CSFQ excitación: punto de corte 14 (sensibilidad 78'2%, especificidad 85%)
- CSFQ orgasmo: punto de corte 12 (sensibilidad 75%, especificidad 65%)

Mujeres:

- CSFQ total: punto de corte 50 (sensibilidad 54'2%, especificidad 59'5%)
- CSFQ placer: punto de corte 4 (sensibilidad 39'5%, especificidad 87'5%)
- CSFQ deseo frecuencia: punto de corte 7 (sensibilidad 39%, especificidad 59'5%)
- CSFQ deseo interés: punto de corte 9 (sensibilidad 27%, especificidad 86'5%)
- CSFQ excitación: punto de corte 12 (sensibilidad 44%, especificidad 61'4%)
- CSFQ orgasmo: punto de corte 12 (sensibilidad 62'7%, especificidad 49'6%)

En las figuras 6 y 7 se pueden ver las curvas ROC empleadas para el cálculo de dichos puntos de corte.

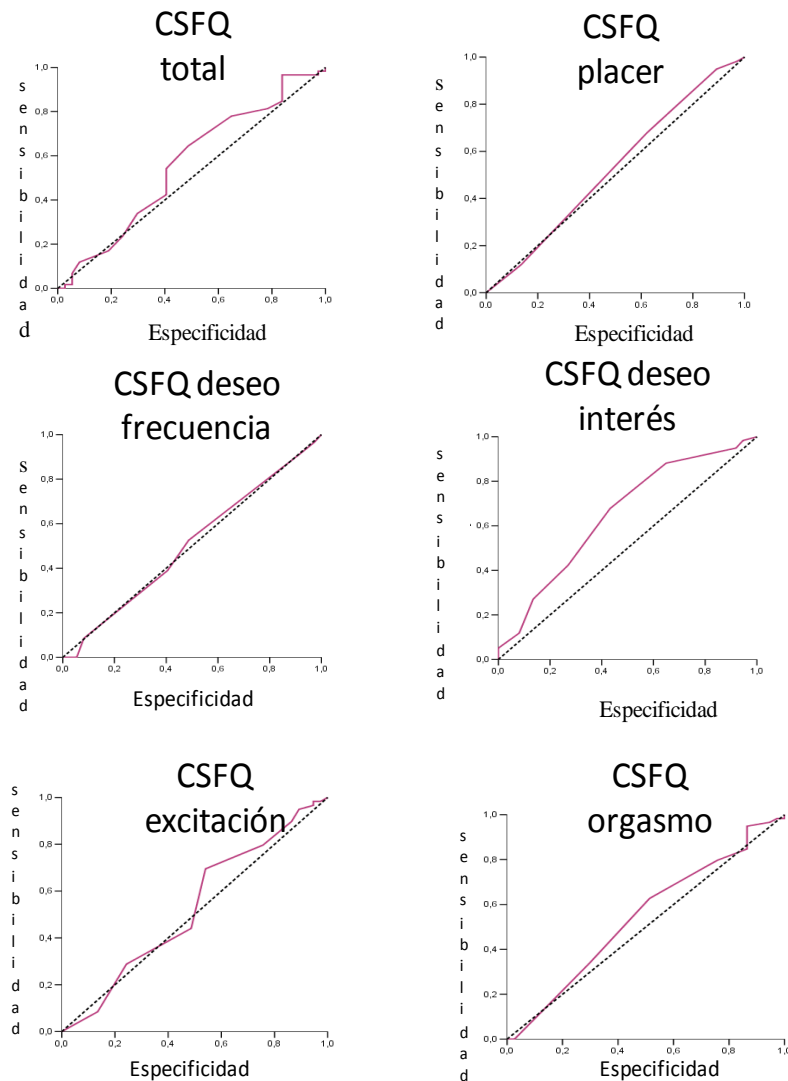
## Resultados



**Figura 6: Curva ROC para el cálculo de nuevo punto de corte del cuestionario CSFQ en hombres.**

Para estimar el punto de corte en cada una de las variables se empleó una curva ROC. Este análisis determina el valor con una máxima sensibilidad y especificidad frente a un evento (tener enfermedad EII). En la gráfica, la línea discontinua indica la probabilidad atribuible al azar de detectar el evento. La línea roja, indica el test que se analiza. El eje X indica la especificidad del test en escala inversa ( $1 - \text{especificidad}$ ), y el eje Y indica la sensibilidad del test. La separación de la línea del test sobre la línea del azar estima la capacidad del test para relacionarse con el evento enfermedad. Una línea muy separada indica un test potente; una línea sobre la línea del azar, indica un test débil. La intersección entre la máxima sensibilidad y la máxima especificidad en la curva estima el punto de corte del test con un mejor balance de ambos parámetros frente al evento calculado.

## Resultados



**Figura 7: Curva ROC para el cálculo de nuevo punto de corte del cuestionario CSFQ en mujeres.**

Para estimar el punto de corte en cada una de las variables se empleó una curva ROC. Este análisis determina el valor con una máxima sensibilidad y especificidad frente a un evento (tener enfermedad EII). En la gráfica, la línea discontinua indica la probabilidad atribuible al azar de detectar el evento. La línea roja, indica el test que se analiza. El eje X indica la especificidad del test en escala inversa (1-especificidad), y el eje Y indica la sensibilidad del test.

La separación de la línea del test sobre la línea del azar estima la capacidad del test para relacionarse con el evento enfermedad. Una línea muy separada indica un test potente; una línea sobre la línea del azar, indica un test débil. La intersección entre la máxima sensibilidad y la máxima especificidad en la curva estima el punto de corte del test con un mejor balance de ambos parámetros frente al evento calculado.

# Resultados

## 3. Riesgo de disfunción sexual en los pacientes con EII

### a. Análisis univariante

Para estudiar el riesgo de disfunción sexual asociado a cada variable por separado, se realizó el estudio univariante de la sexualidad y de los siguientes factores: tipo de EII, edad, estado emocional, tiempo de relación en pareja y calidad de vida. Como se ha definido en el apartado de material y métodos, se emplearon las variables binarias de la siguiente forma:

- La sexualidad estudiada mediante el cuestionario CSFQ se definió como alterada o no, según los puntos de corte calculados y mencionados en apartados anteriores.
- El estado emocional de los pacientes, estudiado mediante el cuestionario HAD, se clasificó como normal o alterado, según el punto de corte que establece la literatura previa (normal  $\leq 11$ )<sup>133</sup>.
- Los pacientes fueron clasificados en función de su edad, calculada a partir del percentil 75 de cada muestra, definiéndose dos grupos:
  - Hombres:  $\leq 44$  años y  $> 44$  años.
  - Mujeres:  $\leq 41$  años y  $> 41$  años.
- El tiempo en pareja se definió mediante el cálculo de la mediana de dicha variable, clasificándose en dos grupos:
  - Hombres:  $\leq 9$  años y  $> 9$  años.
  - Mujeres:  $\leq 8$  años y  $> 8$  años.
- La transformación de la calidad de vida en una variable binaria, se realizó mediante el cálculo de la mediana de la escala visual analógica (EVA) de la muestra para hombres y mujeres, quedando clasificados de la siguiente manera:
  - Hombres:  $< 73$  mala calidad de vida y  $\geq 73$  buena calidad de vida.
  - Mujeres:  $< 70$  mala calidad de vida y  $\geq 70$  buena calidad de vida.

## Resultados

### *i. Hombres*

En los varones con EII, se observa un riesgo relativo de disfunción sexual global de 3,3 ( $p=0,004$ ) y de 3,7 en la esfera del orgasmo ( $p=0,003$ ) frente al grupo control. En el resto de las subescalas del cuestionario, no se encuentran diferencias significativas (placer RR 1,1, frecuencia RR 1,7, interés RR 1,4 y excitación RR 1,6). Los resultados están expuestos en la tabla 13.

CSFQ	RR	IC 95%	P
Total			
Control	1,0		
EII	3,3	1,5-7,5	<b>0,004</b>
Placer			
Control	1,0		
EII	1,1	0,4-2,7	0,762
Deseo frecuencia			
Control	1,0		
EII	1,7	0,7-3,8	0,207
Deseo interés			
Control	1,0		
EII	1,4	0,6-3,0	0,433
Excitación			
Control	1,0		
EII	1,6	0,7-3,5	0,235
Orgasmo			
Control	1,0		
EII	3,7	1,6-8,6	<b>0,003</b>

**Tabla 13: Influencia de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en la sexualidad en hombres. Estudio univariante**

Los varones de mayor edad (> 44 años), tienen mayor riesgo de disfunción sexual global (RR 3,5  $p=0,022$ ), en la variable del placer (RR 3,1  $p=0,018$ ) y en la de la excitación (RR 4,4  $p=0,004$ ). Para el resto de las esferas de la sexualidad, aunque los valores de RR son mayores que 1, no se alcanza significación estadística del riesgo

## Resultados

(deseo frecuencia RR 2,3 p=0,069; deseo interés RR 1,9 p=0,196; orgasmo RR 2,1 p=0,115). Los resultados están expuestos en la tabla 14.

CSFQ	RR	IC95%	P
Total			
Edad ≤44	1,0		
Edad >44	3,5	1,2-10,3	<b>0,022</b>
Placer			
Edad ≤44	1,0		
Edad >44	3,1	1,2-8,0	<b>0,018</b>
Deseo frecuencia			
Edad ≤44	1,0		
Edad >44	2,3	0,9-5,8	<b>0,069</b>
Deseo interés			
Edad ≤44	1,0		
Edad >44	1,9	0,7-4,8	0,196
Excitación			
Edad ≤44	1,0		
Edad >44	4,4	1,6-12,2	<b>0,004</b>
Orgasmo			
Edad ≤44	1,0		
Edad >44	2,1	0,8-5,1	0,115

**Tabla 14: Influencia de la edad en la sexualidad en hombres. Estudio univariante**

En los hombres, los trastornos del ánimo influyen de forma negativa en la sexualidad en la esfera del placer (RR 3,5 p= 0,000), del deseo frecuencia (RR 1,8 p= 0,051), de la excitación (RR 1,9 p= 0,042) y del orgasmo (RR 2,2 p=0,009). No se ha conseguido demostrar significación estadística para la sexualidad global (RR 1,9 p=0,067) ni para la variable deseo interés (RR 1,1 p=0,767). Los resultados están resumidos en la tabla 15.



## Resultados

CSFQ	RR	IC95%	P
Total			
No trastorno ánimo	<b>1,0</b>		
Trastorno del ánimo	<b>1,9</b>	<b>0,9-4,1</b>	<b>0,067</b>
Placer			
No trastorno ánimo	<b>1,0</b>		
Trastorno del ánimo	<b>3,5</b>	<b>1,8-6,5</b>	<b>0,000</b>
<b>Deseo frecuencia</b>			
No trastorno ánimo	<b>1,0</b>		
Trastorno del ánimo	<b>1,8</b>	<b>0,9-3,2</b>	<b>0,051</b>
Deseo interés			
No trastorno ánimo	1,0		
Trastorno del ánimo	1,1	0,5-2,1	0,767
Excitación			
No trastorno ánimo	<b>1,0</b>		
Trastorno del ánimo	<b>1,9</b>	<b>1,0-3,9</b>	<b>0,042</b>
<b>Orgasmo</b>			
No trastorno ánimo	<b>1,0</b>		
Trastorno del ánimo	<b>2,2</b>	<b>1,2-4,1</b>	<b>0,009</b>

**Tabla 15: Influencia de los trastornos del ánimo en la sexualidad en hombres. Estudio univariante**

Tampoco los años en pareja estable han demostrado en los varones asociación con el riesgo de disfunción sexual de forma global (RR 1,1 p= 0,872), ni con el resto de sus subescalas: placer (RR 1,7 p= 0,242), deseo frecuencia (RR 1,3 p=0,506), deseo interés (RR 1,6 p= 0,200), excitación (RR 1,1 p=0,845) y orgasmo (RR 1,5 p= 0,300). Los resultados se pueden ver en la tabla 16.

## Resultados

CSFQ	RR	IC 95%	P
Total			
≤ 9 años en pareja	1,0		
> 9 años en pareja	1,1	0,5-2,3	0,872
Placer			
≤ 9 años en pareja	1,0		
> 9 años en pareja	1,7	0,7-3,9	0,242
Deseo frecuencia			
≤ 9 años en pareja	1,0		
> 9 años en pareja	1,3	0,6-2,9	0,506
Deseo interés			
≤ 9 años en pareja	1,0		
> 9 años en pareja	1,6	0,7-3,4	0,200
Excitación			
≤ 9 años en pareja	1,0		
> 9 años en pareja	1,1	0,5-2,3	0,845
Orgasmo			
≤ 9 años en pareja	1,0		
> 9 años en pareja	1,5	0,7-3,2	0,300

**Tabla 16: Influencia del tiempo en pareja estable en la sexualidad en hombres. Estudio univariante**

Los pacientes con buena calidad de vida, tienen un riesgo de disfunción en la esfera del placer menor que los pacientes con mala calidad de vida (RR 0,4 p= 0,048). Aunque para el resto de las variables de la sexualidad también se observa un menor riesgo de disfunción sexual en los pacientes con buena calidad de vida, ésta no ha demostrado significación estadística: total RR 0,5 p=0,116, deseo frecuencia RR 0,7 p=0,499, excitación RR 0,5 p=0,109 y orgasmo RR 0,6 p=0,235. En el deseo interés, el RR es de 1,5, pero tampoco es estadísticamente significativo (p=0,349). En la tabla 17 quedan expuestos los resultados detallados.

## Resultados

CSFQ	RR	IC 95%	P
Total			
Mala calidad vida	1,0		
Buena calidad vida	0,5	0,2-1,1	0,116
Placer			
Mala calidad vida	1,0		
Buena calidad vida	0,4	0,1-0,9	<b>0,048</b>
Deseo frecuencia			
Mala calidad vida	1,0		
Buena calidad vida	0,7	0,3-1,7	0,499
Deseo interés			
Mala calidad vida	1,0		
Buena calidad vida	1,5	0,7-3,2	0,349
Excitación			
Mala calidad vida	1,0		
Buena calidad vida	0,5	0,2-1,1	0,109
Orgasmo			
Mala calidad vida	1,0		
Buena calidad vida	0,6	0,3-1,4	0,235

**Tabla 17: Influencia de la calidad de vida en la sexualidad en hombres. Estudio univariante**

En resumen, el estudio univariante muestra que los factores de riesgo principales de disfunción sexual en los varones, son la edad y los trastornos del ánimo, influyendo la enfermedad inflamatoria de forma significativa tan solo en la sexualidad global y en la esfera del orgasmo.

## Resultados

### ii. Mujeres

En las mujeres, el estudio univariante no encuentra ninguna asociación significativa entre la disfunción sexual y la EII (Total RR 1,7, placer RR 1,3, deseo frecuencia RR 1,2, deseo interés RR 1,9, excitación RR 0,8 y orgasmo RR 1,6). Los resultados quedan detallados en la tabla 18.

CSFQ	RR	IC95%	P
Total			
Control	1,0		
EII	1,7	0,7-3,9	0,193
Placer			
Control	1,0		
EII	1,3	0,5-3,0	0,572
Deseo frecuencia			
Control	1,0		
EII	1,2	0,5-2,6	0,710
Deseo interés			
Control	1,0		
EII	1,9	0,8-4,8	0,131
Excitación			
Control	1,0		
EII	0,8	0,3-1,9	0,661
Orgasmo			
Control	1,0		
EII	1,6	0,7-3,7	0,273

**Tabla 18: Influencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en la sexualidad en mujeres. Estudio univariante**

El estudio univariante, no demuestra en las mujeres asociación significativa entre la edad y la sexualidad en ninguna de sus esferas (Total RR 1,9 p=0,182, placer RR 1,1 p= 0,823, deseo frecuencia RR 1,7 p=0,282, deseo interés RR 2,3 p=0,312,

## Resultados

excitación RR 1,7 p=0,312, orgasmo RR 2,5 p=0,063). Los resultados se exponen en la tabla 19.

CSFQ	RR	IC 95%	P
Total			
Edad ≤41	1,0		
Edad >41	1,9	0,7-5,2	0,182
Placer			
Edad ≤41	1,0		
Edad >41	1,1	0,4-3,0	0,823
Deseo frecuencia			
Edad ≤41	1,0		
Edad >41	1,7	0,6-4,5	0,282
Deseo interés			
Edad ≤41	1,0		
Edad >41	2,3	0,8-6,9	0,134
Excitación			
Edad ≤41	1,0		
Edad >41	1,7	0,6-4,4	0,312
Orgasmo			
Edad ≤41	1,0		
Edad >41	2,5	0,9-6,6	<b>0,063</b>

**Tabla 19: Influencia de la edad en la sexualidad en mujeres. Estudio univariante**

Los trastornos del ánimo, muestran en el estudio univariante, una clara asociación con las alteraciones de la sexualidad en las mujeres, siendo el RR de 2,5 para el CSFQ total (p=0,029). En el resto de las esferas también se observa dicha asociación (placer RR 2,5 p=0,034, deseo frecuencia RR 2,9 p=0,012, orgasmo RR 3,2

## Resultados

p=0,006). Para el deseo interés (RR 0,8) y la excitación (RR 1,7), dicha asociación no es significativa. Los resultados se pueden ver en la tabla 20.

CSFQ	RR	IC 95%	P
Total			
No trastorno ánimo	<b>1,0</b>		
Trastorno ánimo	<b>2,5</b>	<b>1,1-5,9</b>	<b>0,029</b>
Placer			
No trastorno ánimo	<b>1,0</b>		
Trastorno ánimo	<b>2,5</b>	<b>1,0-6,1</b>	<b>0,034</b>
Deseo frecuencia			
No trastorno ánimo	<b>1,0</b>		
Trastorno ánimo	<b>2,9</b>	<b>1,2-6,9</b>	<b>0,012</b>
Deseo interés			
No trastorno ánimo	1,0		
Trastorno ánimo	0,8	0,3-1,9	0,650
Excitación			
No trastorno ánimo	1,0		
Trastorno ánimo	1,7	0,7-3,9	0,202
Orgasmo			
No trastorno ánimo	<b>1,0</b>		
Trastorno ánimo	<b>3,2</b>	<b>1,4-7,7</b>	<b>0,006</b>

**Tabla 20: Influencia de los trastornos del ánimo en la sexualidad en mujeres. Estudio univariante**

No se puede demostrar en las mujeres asociación entre las alteraciones de la sexualidad y el tiempo de relación de pareja (Total RR 1,2 p=0,540, placer RR 0,8 p=0,520, frecuencia RR 1,2 p=0,540, interés RR 1,6 p=0,290, excitación RR 0,8 p=0,682, orgasmo RR 1,7 p=0,216). La tabla 21 resume dichos resultados.

## Resultados

CSFQ	RR	IC 95%	P
Total			
≤ 8 años en pareja	1,0		
> 8 años en pareja	1,2	0,6-2,9	0,540
Placer			
≤ 8 años en pareja	1,0		
> 8 años en pareja	0,8	0,3-1,7	0,520
Deseo frecuencia			
≤ 8 años en pareja	1,0		
> 8 años en pareja	1,2	0,6-2,9	0,540
Deseo interés			
≤ 8 años en pareja	1,0		
> 8 años en pareja	1,6	0,7-3,6	0,290
Excitación			
≤ 8 años en pareja	1,0		
> 8 años en pareja	0,8	0,4-1,9	0,682
Orgasmo			
≤ 8 años en pareja	1,0		
> 8 años en pareja	1,7	0,7-3,8	0,216

**Tabla 21: Influencia del tiempo en pareja en la sexualidad en mujeres.**

### **Estudio univariante**

Las mujeres con buena calidad de vida, tienen un riesgo de disfunción en la esfera del placer menor que las pacientes con mala calidad de vida (RR 0,4 p=0,021). Aunque para el resto de las subescalas de la sexualidad también se observa un menor riesgo de disfunción sexual en las pacientes con buena calidad de vida, esta diferencia no ha demostrado significación estadística: Total RR 0,5 p=0,086, deseo frecuencia RR

## Resultados

0,6 p=0,228, deseo interés RR 0,6 p=0,280, excitación RR 0,7 p=0,501 y orgasmo RR 0,6 p=0,215. Los resultados están detallados en la tabla 22.

CSFQ	RR	IC 95%	P
Total			
Mala calidad vida	1'0		
Buena calidad vida	0'5	0'2-1'1	<b>0'086</b>
Placer			
Mala calidad vida	1,0		
Buena calidad vida	0,4	0,1-0,9	<b>0,021</b>
Deseo frecuencia			
Mala calidad vida	1,0		
Buena calidad vida	0,6	0,3-1,4	0,228
Deseo interés			
Mala calidad vida	1,0		
Buena calidad vida	0,6	0,3-1,5	0,280
Excitación			
Mala calidad vida	1,0		
Buena calidad vida	0,7	0,3-1,7	0,501
Orgasmo			
Mala calidad vida	1,0		
Buena calidad vida	0,6	0,2-1,4	0,215

**Tabla 22: Influencia de la calidad de vida en la sexualidad en mujeres.**

### **Estudio univariante**

En resumen, el estudio univariante muestra los trastornos del ánimo como factor fundamental de disfunción sexual en las mujeres, teniendo el resto de los factores estudiados escasa repercusión.



# Resultados

## b. Análisis multivariante

Se analizó el posible efecto modificador y confusor de las variables edad, trastornos del ánimo (medido mediante el cuestionario HAD), tiempo de relación en pareja y calidad de vida (evaluada mediante la escala visual analógica EVA), sobre la función sexual de los pacientes con EII mediante un análisis multivariante. Las variables analizadas se emplearon de forma binaria con los mismos criterios que para el estudio univariante. Como grupo de referencia, se utilizó el grupo control de individuos sanos.

### i. Hombres

El estudio multivariante en los hombres, demuestra asociación negativa entre la sexualidad y la EII, tanto en la escala global (RR 2,9  $p=0,023$ ) como en la esfera del orgasmo (RR 4,1  $p=0,005$ ). Para el resto de las subescalas no se observa asociación. Se demuestra una fuerte asociación entre la edad y las alteraciones de la sexualidad, tanto en la escala total (RR 4,0  $p=0,024$ ) como en las variables del placer (RR 4,3  $p=0,016$ ) y de la excitación (RR 6,1  $p=0,002$ ). Para el resto de las esferas, no se demuestran asociaciones significativas (frecuencia RR 2,3  $p=0,121$ , interés RR 1,5  $p=0,458$ , orgasmo RR 1,6  $p=0,366$ ). Los varones con trastornos del ánimo, tienen mayor riesgo de presentar alteraciones sexuales en la esfera del placer (RR 4,5  $p=0,003$ ), sin conseguirse demostrar otras asociaciones significativas en las otras variables de la sexualidad (total RR 1,6  $p=0,319$ , frecuencia RR 1,2  $p=0,705$ , interés RR 1,2  $p=0,668$ , excitación RR 1,5  $p=0,393$ , orgasmo RR 1,9  $p=0,161$ ). El tiempo de relación en pareja, no ha demostrado asociación significativa con las alteraciones de la sexualidad en varones tanto en el total (RR 0,7  $p=0,397$ ) como en el resto de las esferas (placer RR 0,8  $p=0,723$ , frecuencia RR 0,9  $p=0,931$ , interés RR 1,4  $p=0,374$ , excitación RR 0,5  $p=0,181$ , orgasmo RR 1,3  $p=0,551$ ).

## Resultados

Tampoco se ha conseguido demostrar la asociación entre la calidad de vida y las alteraciones de la sexualidad (total RR 1,2  $p=0,727$ , placer RR 2,4  $p=0,152$ , frecuencia RR 1,1  $p=0,912$ , interés RR 0,5  $p=0,132$ , excitación RR 1,8  $p=0,213$ , orgasmo RR 0,8  $p=0,611$ ).

Los resultados quedan resumidos en la tabla 23.

## Resultados

CSFQ	Total RR (IC 95%)	Placer RR (IC 95%)	Deseo frecuencia RR (IC 95%)	Deseo interés RR (IC 95%)	Excitación RR (IC 95%)	Orgasmo RR (IC 95%)
GRUPO						
Control (referencia)	<b>1</b>	1	1	1	1	<b>1</b>
EII	<b>2,9 (1,1-7,3)</b>	0,7 (0,2-2,1)	1,5 (0,6-3,9)	1,8 (0,7-4,4)	1,1 (0,4-2,7)	<b>4,1 (1,5-11,1)</b>
P	<b>0,023</b>	0,486	0,359	0,205	0,856	<b>0,005</b>
EDAD						
≤44 años (referencia)	<b>1</b>	<b>1</b>	1	1	<b>1</b>	1
>44 años	<b>4,0 (1,2-13,3)</b>	<b>4,3 (1,2-14,8)</b>	2,3 (0,8-6,4)	1,5 (0,5-4,2)	<b>6,1 (1,9-19,4)</b>	1,6 (0,6-4,7)
P	<b>0,024</b>	<b>0,016</b>	0,121	0,485	<b>0,002</b>	0,366
TRASTORNO ÁNIMO						
No (referencia)	1	<b>1</b>	1	1	1	1
Si	1,6 (0,6-4,2)	<b>4,5 (1,7-12,3)</b>	1,2 (0,4-2,9)	1,2 (0,5-2,9)	1,5 (0,6-3,7)	1,9 (0,8-4,9)
P	0,319	<b>0,003</b>	0,705	0,668	0,393	0,161
TIEMPO PAREJA						
≤9 años (referencia)	1	1	1	1	1	1
> 9 años	0,7 (0,3-1,7)	0,8 (0,3-2,4)	0,9 (0,4-2,4)	1,4 (0,6-3,6)	0,5 (0,2-1,3)	1,3(0,5-3,4)
P	0,397	0,723	0,931	0,374	0,181	0,551
CALIDAD VIDA						
Buena (referencia)	1	1	1	1	1	1
Mala	1,2(0,5-3,1)	2,4 (0,7-8,1)	1,1 (0,4-2,7)	0,5(0,2-1,2)	1,8 (0,7-4,9)	0,8 (0,3-2,1)
P	0,27	0,152	0,912	0,132	0,213	0,611

**Tabla 23: Factores determinantes de alteraciones de la sexualidad en hombres. Estudio multivariante**

## Resultados

El estudio multivariante en hombres, confirma los resultados del univariante, en el que se demuestran como factores fundamentales de disfunción sexual la edad, los trastornos del ánimo y la enfermedad inflamatoria.

### *ii. Mujeres*

El estudio multivariante en las mujeres, no demuestra asociación entre la sexualidad y la EII para ninguna de las esferas de la sexualidad: total RR 1,6 (p=0,278), placer RR 1,1(p=0,798), frecuencia RR 1,1 (p=0,818), interés RR 1,7 (p=0,282), excitación RR 0,7 (p=0,535), orgasmo RR 1,7 (p=0,284). Tampoco se demuestra asociación de la edad en la sexualidad de las mujeres de nuestro estudio: total RR 1,7 (p=0,348), placer RR 1,2 (p=0,793), frecuencia RR 1,4 (p=0,519), interés RR 2,1 (p=0,248), excitación RR 1,9 (p= 0,270), orgasmo RR 2,2 (p=0,180).

Sin embargo, se demuestra una fuerte asociación entre los trastornos del ánimo y las alteraciones de la sexualidad, tanto en la escala total (RR 2,5 p=0,037) como en el resto de las esferas: placer (RR 2,4 p=0,058), frecuencia (RR 2,9 p=0,016) y orgasmo (RR 3,6 p=0,006). Los ítems del deseo interés (RR 0,8 p=0,599) y de la excitación (RR 1,5 p=0,317) no consiguen significación estadística en su asociación.

El tiempo de relación en pareja, no ha demostrado asociación significativa con las alteraciones de la sexualidad en mujeres, tanto en el total (RR 1,1 p=0,875) como en el resto de las variables (placer RR 0,7 p=0,533, frecuencia RR 1,2 p=0,684, interés RR 1,1 p=0,881, excitación RR 0,7 p=0,498, orgasmo RR 1,2 p=0,686).

Tampoco se ha conseguido demostrar la asociación entre la calidad de vida y las alteraciones de la sexualidad (total RR 1,6 p=0,280, frecuencia RR 1,4 p=0,419, interés RR 1,3 p=0,554, excitación RR 1,7 p=0,241, orgasmo RR 0,9 p=0,805), a excepción de la subescala del placer, donde las pacientes con peor calidad de vida tienen un riesgo relativo de 2,7 de presentar alteraciones en la sexualidad (p 0,042).

Los resultados quedan resumidos en la tabla 24

## Resultados

CSFQ	Total RR (IC 95%)	Placer RR (IC 95%)	Deseo frecuencia RR (IC 95%)	Deseo interés RR (IC 95%)	Excitación RR (IC 95%)	Orgasmo RR (IC 95%)
<b>GRUPO</b>						
Control (referencia)	1	1	1	1	1	1
EII	1,6 (0,6-4,2)	1,1 (0,4-3,0)	1,1 (0,4-2,8)	1,7 (0,6-4,3)	0,7 (0,3-1,8)	1,7 (0,6-4,3)
P	0,278	0,798	0,818	0,282	0,535	0,284
<b>EDAD</b>						
≤41 años (referencia)	1	1	1	1	1	1
>41 años	1,7 (0,5-5,5)	1,2 (0,4-3,9)	1,4 (0,5-4,5)	2,1 (0,6-7,1)	1,9 (0,6-5,7)	2,2 (0,7-6,9)
P	0,348	0,793	0,519	0,248	0,270	0,180
<b>TRASTORNO ÁNIMO</b>						
No (referencia)	1	1	1	1	1	1
Si	<b>2,5 (1,1-6,2)</b>	<b>2,4 (0,9-5,9)</b>	<b>2,9 (1,2-6,9)</b>	0,8 (0,3-1,9)	1,5 (0,7-3,6)	<b>3,6 (1,4-8,8)</b>
P	<b>0,037</b>	<b>0,058</b>	<b>0,016</b>	0,599	0,317	<b>0,006</b>
<b>TIEMPO PAREJA</b>						
≤8 años (referencia)	1	1	1	1	1	1
>8 años	1,1 (0,4-2,8)	0,7 (0,2-2,0)	1,2 (0,5-3,1)	1,1 (0,4-2,8)	0,7 (0,3-1,8)	1,2 (0,4-3,2)
P	0,875	0,533	0,684	0,881	0,498	0,686
<b>CALIDAD VIDA</b>						
Buena (referencia)	1	1	1	1	1	1
Mala	1,6 (0,6-4,1)	<b>2,7 (1,0-6,9)</b>	1,4 (0,6-3,6)	1,3 (0,5-3,4)	1,7 (0,7-4,3)	0,9 (0,3-2,2)
P	0,280	<b>0,042</b>	0,419	0,554	0,241	0,805

**Tabla 24: Factores determinantes de alteraciones de la sexualidad en mujeres. Estudio multivariante**

## Resultados

Al igual que en el estudio univariante, se confirma mediante el análisis multivariante, que el factor principal involucrado en la sexualidad de las mujeres, son los trastornos del ánimo, teniendo escaso peso el resto de los factores estudiados. Padecer EII, no conforma un riesgo por sí mismo, para presentar alteraciones de la sexualidad en las mujeres.

### **4. Factores que influyen en el deterioro de la sexualidad en los pacientes con EII: estudio multivariante.**

Para analizar los posibles factores que afectan a la sexualidad de los pacientes con EII, se realizó un estudio multivariante en el que se incluyeron aspectos generales como la edad, el estado emocional y los años de relación de pareja y algunas características de la enfermedad como el tipo de patología (colitis ulcerosa /enfermedad Crohn), la actividad inflamatoria (leve /moderada), los niveles de PCR, la presencia de enfermedad perianal, las cirugías abdominales previas, la gravedad de la enfermedad, los años de evolución de la misma y la calidad de vida del paciente. Para ello se emplearon las variables de forma binaria, a excepción de los niveles de PCR y los años de evolución de la enfermedad, que se estudiaron como una variable cuantitativa. La sexualidad se definió como alterada o no, según los puntos de corte calculados. Para la edad, los trastornos del ánimo y los años de pareja, las variables se emplearon de forma binaria según se crearon para el análisis univariante.

La transformación de la calidad de vida en una variable binaria, se realizó mediante el cálculo de la mediana del cuestionario final del IBDQ de la muestra para hombres y mujeres, quedando clasificados:

- Hombres: mala calidad de vida < 66 y buena calidad de vida  $\geq 66$
- Mujeres: mala calidad de vida < 65 y buena calidad de vida  $\geq 65$

## Resultados

### a. Hombres

En los varones con EII, la edad influye de forma negativa en la sexualidad global (RR 20'1 p 0'048) y en el resto de las esferas de la misma: placer RR 11,3 (p=0,030), frecuencia RR 8,9 (p=0,014), interés RR 5,8 (p=0,067), excitación RR 25,6 (p=0,011) y orgasmo RR 2,2 (p=0,300). Sin embargo los trastornos del ánimo no han demostrado estar asociados de manera significativa con las alteraciones de la sexualidad en ninguna de sus escalas (Total RR 0,4, placer RR 1,8, frecuencia RR 0,8, interés RR 0,5, excitación RR 0,6 y orgasmo RR 1,1). Tampoco se observa asociación significativa entre los trastornos de la sexualidad y el tiempo de relación de pareja (total RR 0'8, placer RR 0,2, frecuencia RR 0,8, interés RR 1,3, excitación 0,7 y orgasmo RR 1,1). No existen diferencias significativas en la sexualidad de los pacientes con EC y con CU (total RR 0,7, placer RR 0,9, frecuencia RR 2,2, interés RR 0,4, excitación RR 1,5, orgasmo RR 1,8).

Tampoco se puede demostrar una asociación significativa entre la enfermedad perianal y los trastornos de la sexualidad en los varones con EII (total RR 0,9, placer RR 0,1, frecuencia RR 1,8, interés RR 2,9, excitación RR 0,4, orgasmo RR 0,7). El padecer una enfermedad grave, no demuestra asociación con los trastornos en la sexualidad en ninguna de las subescalas a excepción del placer, donde tiene un papel protector (RR 0,1 p 0,018). No se ha observado asociación entre las disfunciones sexuales en ninguna de las esferas y las cirugías abdominales. La actividad inflamatoria no demuestra asociación con los trastornos de la sexualidad en ninguna de sus esferas: total RR 0,2 (p=0,127), placer RR 6,1 (p=0,245), frecuencia RR 0,4 (p=0,443), interés RR 0,2 (p=0,152), excitación RR 0,1 (p=0,066) y orgasmo RR 1,2 (p=0,828). Los niveles elevados de PCR, se asocian con empeoramiento de la excitación en los varones (RR 1,4 p=0,014), sin encontrar otras asociaciones significativas para el resto de los aspectos de la sexualidad.

Los años de evolución de la enfermedad, no están asociados de manera significativa con las alteraciones en la sexualidad: total RR 0'9 (p 0'324), placer RR 1'0 (p=0,567), frecuencia RR 0,8 (p=0,928) interés RR 0,9 (p=0,535), excitación RR 0,9 (p=0,531) y orgasmo RR 0,9 (p=0,153).

## Resultados

No se ha observado relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida cuantificada mediante el cuestionario IBDQ y la sexualidad para ninguno de las variables de la misma: total RR 0,8 (0,3-2,5), placer RR 1,2 (0,4-3,8), frecuencia RR 1,1 (0,4-2,9), interés 0,9 (0,3-2,7), excitación RR 1,9 (0,7-5,3) y orgasmo RR 1,1 (0,4-3,0).

Los resultados quedan detallados en la tabla número 25 y figura número 8.

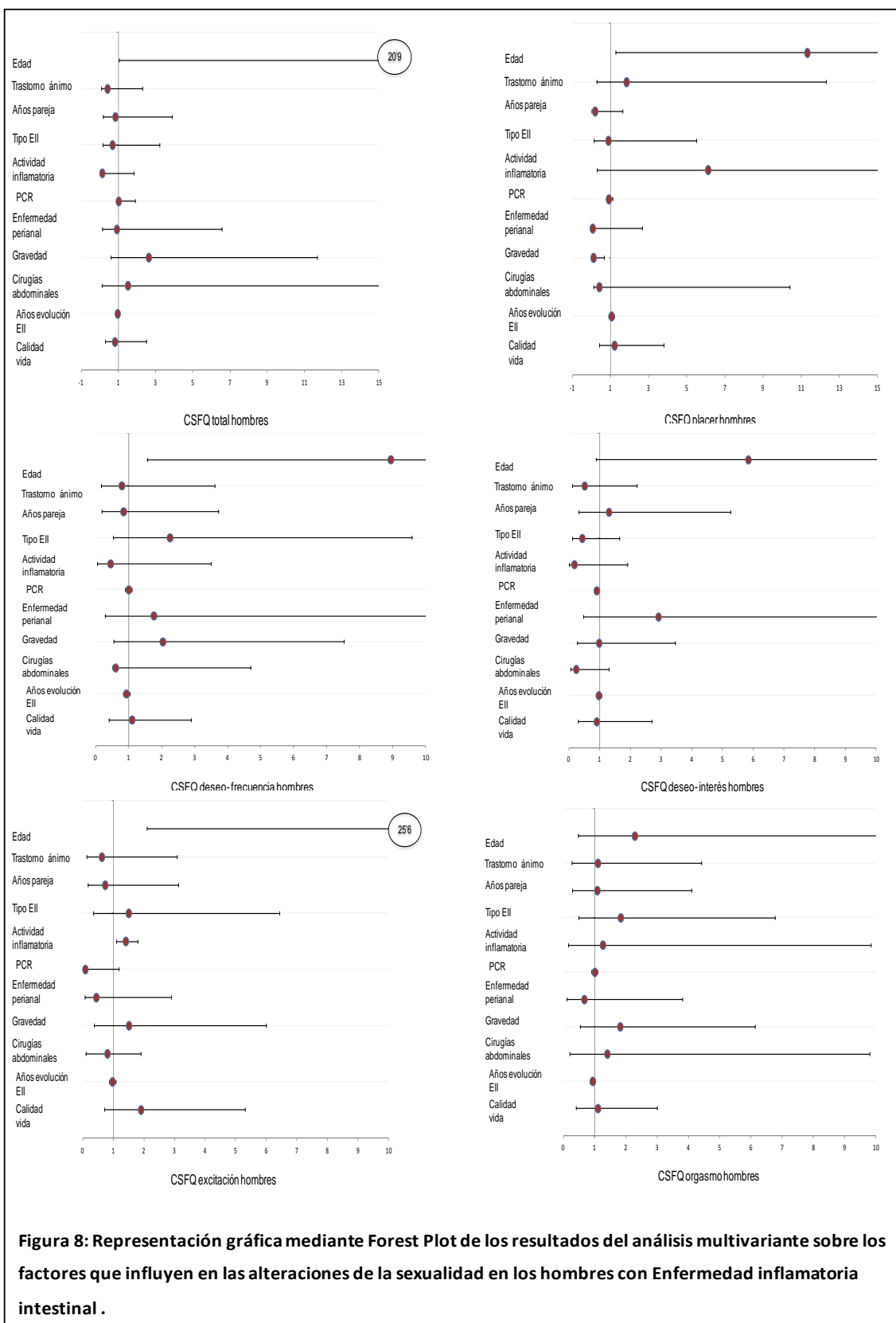


## Resultados

CSFQ	TOTAL (P) RR (IC 95%)	PLACER (P) RR (IC 95%)	DESEO-FRECUENCIA (P) RR (IC 95%)	DESEO INTERÉS (P) RR (IC 95%)	EXCITACIÓN (P) RR (IC 95%)	ORGASMO (P) RR (IC 95%)
EDAD	<b>0,048</b>	<b>0,030</b>	<b>0,014</b>	<b>0,067</b>	<b>0,011</b>	0,300
< 44 años (referencia)	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	1
≥44 años	<b>20,1 (1,0-424,6)</b>	<b>11,3 (1,3-101,2)</b>	<b>8,9 (1,6-51,1)</b>	<b>5,8 (0,9-38,6)</b>	<b>25,6 (2,1-31,0)</b>	2,2 (0,5-10,6)
TRASTORNOS ÁNIMO (HAD)	0,304	0,535	0,760	0,967	0,557	0,894
No (referencia)	1	1	1	1	1	1
Si	0,4 (0,1-2,3)	1,8 (0,3-12,3)	0,8(0,2-3,6)	0,5 (0,1-2,2)	0,6 (0,1-3,1)	1,1 (0,3-4,4)
AÑOS PAREJA ESTABLE	0,807	0,129	0,819	0,714	0,668	0,911
< 9 años (referencia)	1	1	1	1	1	1
≥ 9 años	0,8 (1,7-3,9)	0,2 (0,0-1,6)	0,8 (0,2-3,7)	1,3 (0,3-5,3)	0,7 (0,2-3,1)	1,1 (0,3-4,1)
TIPO ENFERMEDAD	0,616	0,888	0,274	0,218	0,588	0,365
Colitis ulcerosa	1	1	1	1	1	1
Enfermedad Crohn	0,7 (0,1-3,2)	0,9 (0,1-5,5)	2,2 (0,5-9,6)	0,4 (0,1-1,6)	1,5 (0,3-6,4)	1,8 (0,5-6,7)
ACTIVIDAD INFLAMATORIA	0,127	0,245	0,443	0,152	<b>0,066</b>	0,828
Leve (referencia)	1	1	1	1	<b>1</b>	1
Moderada	0,2 (0,0-1,8)	6,1 (0,3-129,5)	0,4 (0,1-3,5)	0,2 (0,0-1,9)	<b>0,1 (0,0-1,2)</b>	1,2 (0,1-9,8)
PCR	0,364	0,977	0,724	0,082	<b>0,014</b>	0,398
	1,(0,9-1,9)	0,9 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,9-1,0)	<b>1,4 (1,1-1,8)</b>	1,0 (0,9-1,1)
ENFERMEDAD PERIANAL	0,920	0,141	0,539	0,252	0,391	0,646
No (referencia)	1	1	1	1	1	1
Si	0,9 (0,1-6,5)	0,1 (0,0-2,7)	1,8 (0,3-10,7)	2,9 (0,5-18,1)	0,4 (0,1-2,9)	0,7 (0,1-3,8)
ENFERMEDAD GRAVE	0,206	<b>0,018</b>	0,289	0,973	0,562	0,339
No (referencia)	1	<b>1</b>	1	1	1	1
Si	2,6 (0,6-1,6)	<b>0,1 (0,0-0,7)</b>	2,0 (0,5-7,5)	0,9 (0,3-3,5)	1,5 (0,4-5,9)	1,8 (0,5-6,1)
CIRUGIA ABDOMINAL	0,710	0,598	0,572	0,181	0,123	0,740
No (referencia)	1	1	1	1	1	1
Si	1,5 (0,1-53,0)	0,4 (0,0-10,4)	0,6 (0,5-4,7)	0,2 (0,1-1,3)	0,8 (0,0-1,9)	1,4 (0,2-9,8)
AÑOS EVOLUCIÓN ENFERMEDAD	0,324	0,567	0,928	0,535	0,531	0,153
	0,9 (0,8-1,1)	1,0 (0,9-1,2)	0,8 (0,8-1,0)	0,9 (0,9-1,1)	0,9 (0,9-1,0)	0,9 (0,8-1,0)
IBDQ	0,711	0,711	0,914	0,914	0,23	0,887
≥66 (referencia)	1	1	1	1	1	1
< 66	0,8 (0,3-2,5)	1,2 (0,4-3,8)	1,1 (0,4-2,9)	0,9 (0,3-2,7)	1,9 (0,7-5,3)	1,1 (0,4-3,0)

Tabla 25: Determinantes de baja función sexual en los hombres con enfermedad inflamatoria intestinal. Estudio multivariante

# Resultados



## Resultados

En resumen, en los varones con EII, el estudio multivariante identifica la edad como el factor con mayor influencia para disfunción sexual, influyendo en todas las esferas de ésta a excepción del orgasmo. El resto de las variables estudiadas tienen un peso poco significativo en la sexualidad de estos pacientes.

## Resultados

### b. Mujeres

En las mujeres con EII, el factor que más claramente influye sobre la sexualidad, son los trastornos del ánimo, teniendo dichas pacientes un RR de 10,6 de tener alteraciones en la sexualidad en su globalidad ( $p=0,095$ ). También influye de forma negativa en el resto de las subescalas, siendo dicha asociación significativa para el deseo frecuencia (RR 64,1  $p=0,009$ ) y para el orgasmo (RR 14,7  $p=0,027$ ). En el resto no se demuestra asociación significativa (placer RR 1,9, interés RR 1,2, excitación RR 0,6).

En el caso de las mujeres, la edad no demuestra asociación significativa con los trastornos de la sexualidad para ninguna de sus esferas: total RR 0,3 ( $p=0,478$ ), placer RR 0,3 ( $p=0,365$ ), frecuencia RR 1,5 ( $p=0,789$ ), interés RR 0,3 ( $p=0,549$ ), excitación RR 1,6 ( $p=0,714$ ), orgasmo RR 0,3 ( $p=0,503$ ). Para las mujeres con EII, el mayor tiempo de relación en pareja, influye de manera negativa sobre la sexualidad global (RR 15,6) y sobre el interés (RR 14,8), alcanzando valores cercanos a la significación estadística ( $p=0,061$  y  $0,071$  respectivamente).

No existen diferencias significativas en la sexualidad de las pacientes con EC y con CU (total RR 0,8, placer RR 0,4, frecuencia RR 0,9, interés RR 3,3 excitación RR 0,3, orgasmo RR 0,3). Tampoco se puede demostrar una asociación significativa entre la actividad inflamatoria y los trastornos de la sexualidad en las mujeres con EII (total RR 0,9, placer RR 0,2, frecuencia RR 7,7, interés RR 0,9, excitación RR 4,9, orgasmo RR 1,7). Tampoco los niveles de PCR se asocian de forma significativa con los trastornos de la sexualidad en ninguna de las esferas. El padecer una enfermedad grave, no demuestra asociación con los trastornos en la sexualidad: total RR 0,2 ( $p=0,159$ ), placer RR 2,4 ( $p=0,366$ ), frecuencia RR 1,6 ( $p=0,635$ ), interés RR 0,3 ( $p=0,288$ ), excitación RR 0,2 ( $p=0,167$ ) y orgasmo RR 0,9 ( $p=0,884$ ). Las intervenciones quirúrgicas abdominales no constituyen un factor asociado a disfunción sexual en las mujeres.

Tampoco se demuestra que los años de evolución de la enfermedad, estén asociados de manera significativa con las alteraciones en la sexualidad: total RR 1,2 ( $p=0,159$ ), placer RR 1,1 ( $p=0,258$ ), frecuencia RR 1,1 ( $p=0,544$ ), interés RR 1,1 ( $p=0,650$ ), excitación RR 1,1 ( $p=0,165$ ) y orgasmo RR 1,1 ( $p=0,404$ ).

## Resultados

Las mujeres con menor puntuación en el cuestionario IBDQ, que cuantifica la calidad de vida en pacientes con EI, tienen de forma significativa ( $p=0,017$ ) mayor riesgo de disfunciones sexuales en su globalidad con un RR de 5,9 (1,4-25,2). Para el resto de las esferas de la sexualidad, no se ha podido encontrar dicha asociación: placer RR 2,3 (0,6-9,2), frecuencia RR 1,7 (0,5-6,3), interés RR 1,9 (0,4-8,2), excitación RR 2,7 (0,7-10,2) y orgasmo RR 1,4 (0,4-

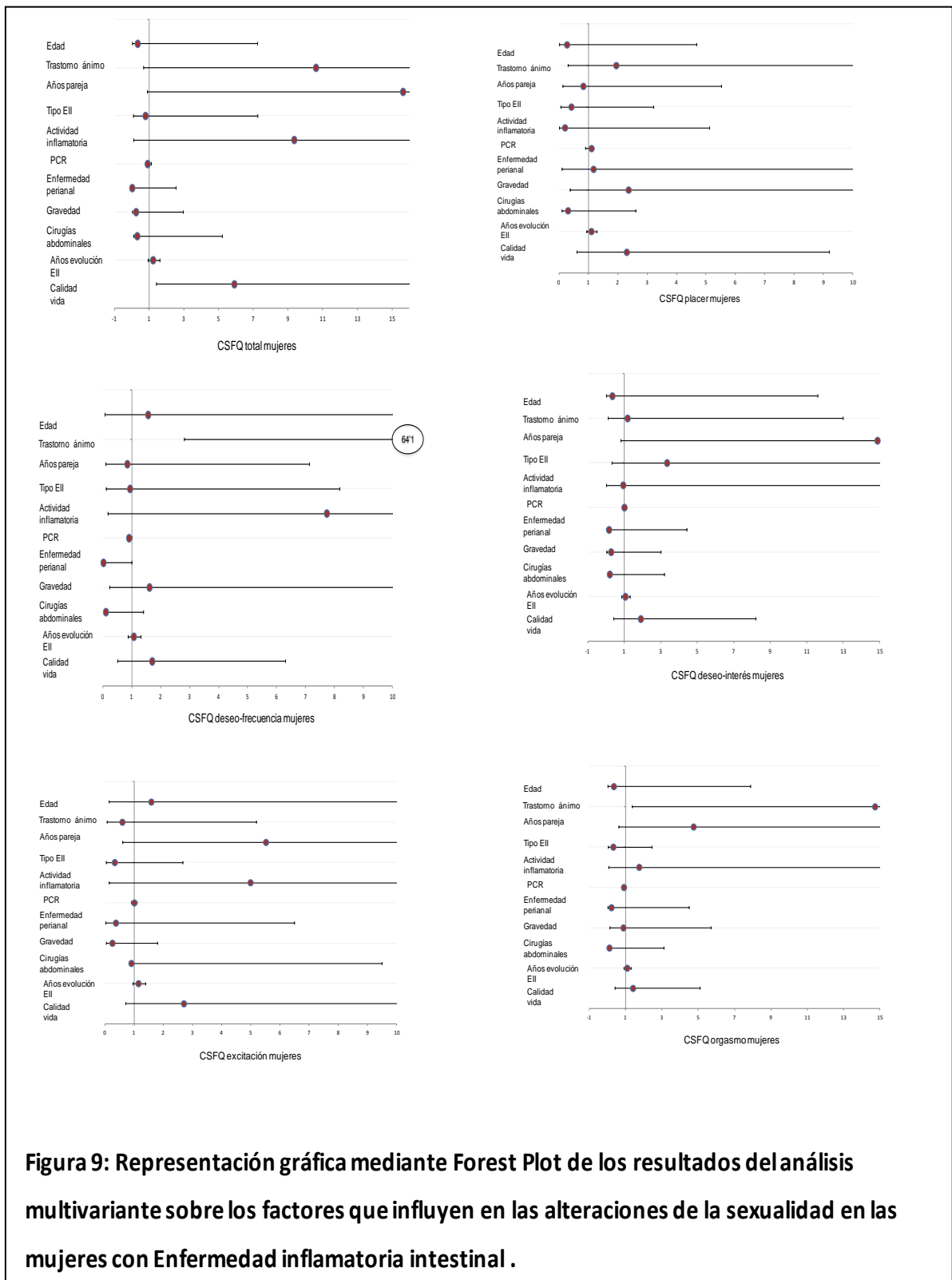
Los resultados quedan detallados en la tabla número 26 y en la figura 9.

## Resultados

CSFQ	TOTAL (P) RR (IC 95%)	PLACER (P) RR (IC 95%)	DESEO-FRECUENCIA (P) RR (IC 95%)	DESEO INTERÉS (P) RR (IC 95%)	EXCITACIÓN (P) RR (IC 95%)	ORGASMO (P) RR (IC 95%)
EDAD	0,478	0,365	0,789	0,549	0,714	0,503
< 44 años (referencia)	1	1	1	1	1	1
≥44 años	0,3 (0,0-7,2)	0,3 (0,0-4,7)	1,5 (0,1-40,5)	0,3 (0,0-11,6)	1,6 (0,1-18,5)	0,3 (0,0-7,8)
TRASTORNOS ÁNIMO (HAD)	<b>0,095</b>	0,487	<b>0,009</b>	0,896	0,634	<b>0,027</b>
No (referencia)	<b>1</b>	1	<b>1</b>	1	1	<b>1</b>
Si	<b>10,6 (0,9-169,1)</b>	1,9 (0,3-12,6)	<b>64,1 (2,8-1462,9)</b>	1,2 (0,1-12,9)	0,6 (0,1-5,2)	<b>14,7 (1,3-160,8)</b>
AÑOS PAREJA ESTABLE	<b>0,061</b>	0,840	0,874	<b>0,071</b>	0,129	0,132
< 8 años (referencia)	<b>1</b>	1	1	<b>1</b>	1	1
≥ 8 años	<b>15,6 (0,8-276,4)</b>	0,8 (0,1-5,5)	0,8 (0,1-7,1)	<b>14,8 (0,8-278,8)</b>	5,5 (0,6-50,0)	4,7 (0,6 -35,7)
TIPO ENFERMEDAD	0,825	0,399	0,952	0,314	0,298	0,268
Colitis ulcerosa (referencia)	1	1	1	1	1	1
Enfermedad Crohn	0,8 (0,1-7,2)	0,4 (0,1-3,2)	0,9 (0,1-8,1)	3,3 (0,3-34,7)	0,3 (0,0-2,7)	0,3 (0,0-2,4)
ACTIVIDAD INFLAMATORIA	0,344	0,328	0,300	0,975	0,382	0,743
Leve (referencia)	1	1	1	1	1	1
Moderada	9,3 (0,1-962,5)	0,2 (0,0-5,1)	7,7 (0,2-369,7)	0,9 (0,0-68,3)	4,9 (0,1-182,7)	1,7 (0,1-47,4)
PCR	0,518	0,865	0,964	0,764	0,695	0,298
	0,9 (0,9-1,1)	1,1 (0,9-1,1)	0,9 (0,9-1,0)	1,0 (0,9-1,1)	1,0 (0,9-1,1)	0,9 (0,9-1,0)
ENFERMEDAD PERIANAL	0,107	0,904	<b>0,050</b>	0,278	0,496	0,319
No (referencia)	1	1	<b>1</b>	1	1	1
Si	0,0 (0,0-2,5)	1,1 (0,1-14'6)	<b>0,1 (0,0-0,9)</b>	0,2 (0,0-4,4)	0,3 (0,0-6,4)	0,2 (0,0-4,5)
ENFERMEDAD GRAVE	0,262	0,366	0,635	0,288	0,167	0,884
No (referencia)	1	1	1	1	1	1
Si	0,2 (0,0-2,9)	2,4 (0,4-15,2)	1,6 (0,2-11,3)	0,3 (0,0-3,1)	0,2 (0,0-1,8)	0,9 (0,1-5,7)
CIRUGIAS ABDOMINALES	0,387	0,269	0,086	0,272	0,945	0,212
No ( Referencia)	1	1	1	1	1	1
Si	0,3 (0,0-5,2)	0,3 (0,0-2,6)	0,1(0,0-1,4)	0,2 (0,0-3,2)	0,9 (0,9-9,5)	0,1 (0,0-3,1)
AÑOS EVOLUCIÓN ENFERMEDAD	0,159	0,258	0,544	0'650	0,165	0,404
	1,2 (0,9-1,6)	1,1 (0,9-1,3)	1,1 (0'8-1,3)	1,1 (0,8-1,3)	1,1 (0,9-1,4)	1'1 (0'8-1'3)
IBDQ	<b>0,017</b>	0,224	0,415	0,404	0,144	0,619
≥65 (referencia)	<b>1</b>	1	1	1	1	1
< 65	<b>5,9 (1,4-25,2)</b>	2,3 (0,6-9,2)	1,7 (0,5-6,3)	1,9 (0,4-8,2)	2,7 (0,7-10,2)	1,4 (0,4-5,1)

**Tabla 26: Determinantes de baja función sexual en las mujeres con enfermedad inflamatoria intestinal. Estudio multivariante**

# Resultados



## Resultados

En resumen, el estudio multivariante indica como factor principal de disfunción sexual en las mujeres a los trastornos del ánimo, afectando éstos a la globalidad de la sexualidad y a las esferas del deseo frecuencia y del orgasmo. Las pacientes con relaciones de pareja de mayor duración, tienen un factor de riesgo importante de presentar alteraciones en la variable del interés sexual. Las mujeres con peores puntuaciones en los índices de calidad de vida, tienen riesgo de presentar alteraciones en la sexualidad en su globalidad.



## VIII. DISCUSIÓN

## Discusión

## Discusión

### **A. SEXUALIDAD EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: OPINIÓN DE LOS PACIENTES Y COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN GENERAL.**

Aunque uno de los parámetros fundamentales en la calidad de vida, es la función sexual y a pesar de que por las características epidemiológicas y clínicas de la EII, se pueda pensar que ésta debería interferir en la sexualidad de los pacientes que la padecen, son escasos los estudios realizados sobre dicho aspecto.

Los trabajos en los que la sexualidad se estudia de una forma subjetiva y en los que los pacientes opinan sobre como la enfermedad afecta su sexualidad, demuestran que los pacientes perciben la enfermedad como un factor determinante en sus relaciones sexuales. En un estudio realizado en la década de los años 70, el 77 % de los pacientes consideraban que sus relaciones sexuales eran menos frecuentes o se habían anulado completamente desde el diagnóstico de su enfermedad, considerando tan solo el 23% restante, que la frecuencia de sus relaciones sexuales no se había modificado <sup>140</sup>. En estudios más recientes, el 66% de las mujeres y el 40% de los hombres, relacionan la disminución en la frecuencia sexual con la enfermedad y el 67% de las mujeres y el 41% de los varones, creen que influye sobre el deseo <sup>92</sup>. .

Al preguntar directamente a los pacientes de nuestro estudio, sobre como creen ellos que la enfermedad influye en su sexualidad, el 31,6% de los hombres y el 44,1% de las mujeres, consideran que ésta está afectada por su enfermedad intestinal. Para el 27,8%, es la mejoría o el empeoramiento de la enfermedad el causante de dicho cambio, mientras que para el 7,2% de ellos es la medicación. Los datos publicados previamente en la literatura son similares, considerando un 10% de los pacientes del estudio de Muller que la medicación es la causante de la disminución de la libido y de la actividad sexual <sup>92</sup>.

Los pacientes con EII, refieren numerosos motivos por los que sus relaciones sexuales se ven alteradas. El miedo a la incontinencia, aparece en el 20 % de los pacientes con EII, el 18,8% presentan cansancio, el 15,3 % dolor abdominal que interfiere en las relaciones y el 13% tienen preocupación por la proximidad de los lavabos <sup>93</sup>. En nuestro estudio, los datos son similares en cuanto a los pacientes que se

## Discusión

quejan de dolor abdominal durante las relaciones (18,9% de las mujeres y 15% de los hombres). El miedo a la incontinencia en nuestra serie es menor, refiriéndolo el 2,7% de las mujeres y el 8,3% de los hombres. En la serie de Moody <sup>93</sup>, todos los pacientes que aquejaban miedo a la incontinencia padecían CU; mientras que en nuestros pacientes, tan sólo uno presentaba una CU y el resto EC (6 pacientes). De estos, dos tenían enfermedad perianal. El 32% de las mujeres de nuestro estudio, consideran que tienen alteraciones en su autoestima que influye sobre su sexualidad, comparado con el 16,7% de los varones.

A pesar de que los estudios indiquen que los pacientes consideran que la EI ejerce un efecto importante y negativo sobre su vida sexual, la comparación de la sexualidad de éstos con la de la población general, no confirma dicha asociación tan claramente. Los primeros estudios publicados, se realizaron en mujeres con EC y describen peor función sexual y más problemas específicos, como dispareunia que en la población general <sup>94</sup>. Sin embargo, la comparación de la sexualidad de un grupo de varones con CU y EC y mujeres con EC con un grupo control, pone de manifiesto que aunque los pacientes consideran que su sexualidad está alterada por la enfermedad, el porcentaje de individuos que no tienen relaciones sexuales y la frecuencia de las relaciones es similar en ambos grupos <sup>93</sup>. El grupo de Timmer, publicó en 2007 la serie más larga sobre la sexualidad en pacientes con EI (153 varones y 181 mujeres) y lo comparó con un grupo control <sup>96</sup>. En el grupo de los varones, no se observaron diferencias significativas en el funcionamiento sexual de los pacientes con respecto al grupo control en ninguna de las esferas del cuestionario empleado (IIEF).

Los resultados del estudio de Timmer, fueron más difíciles de interpretar en el caso de las mujeres, ya que se emplearon dos tipos de controles (uno obtenido de pacientes de una compañía de seguros y el otro elegido por cada una de las pacientes), variando ampliamente los resultados en función del grupo control. Se observó una asociación fuerte y significativa estadísticamente, entre la EI y las disfunciones en las diferentes esferas de la sexualidad, al compararlas con el grupo control elegido por cada una de las pacientes (deseo OR 2,0, frecuencia OR 3,4, iniciativa OR 2,5, placer y orgasmo OR 3,3, satisfacción de la pareja OR 2,6, problemas sexuales específicos OR

## Discusión

1,8 y la puntuación global del cuestionario BISF-W OR 3,2). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en ninguno de estos aspectos, al compararla con el grupo control obtenido de la compañía de seguros, con excepción de problemas sexuales específicos como dispareunia, infecciones vaginales o sangrado durante las relaciones en las que el OR fue de 2,5 (0,7-2,9). Los autores, creen que la diferencia detectada en los resultados en función del grupo control elegido, podría deberse a que las pacientes con EII, buscaron para participar en el grupo control mujeres sin alteraciones en su sexualidad, ya que sería un grupo más accesible para ellas y más probable su participación en el estudio <sup>96</sup>.

Por lo tanto, parece ser mayor la percepción que tienen los pacientes sobre como la enfermedad afecta en sus vidas (al menos en cuanto a la sexualidad), que el impacto que realmente se ha conseguido demostrar al compararlos con un grupo control <sup>92,93</sup>. Este contraste entre la percepción y la realidad, también se ha puesto de manifiesto en los estudios realizados sobre fertilidad y embarazo <sup>141</sup>, en los que a pesar de presentar una fertilidad similar a la población general, las pacientes con EII refieren mayor miedo a la infertilidad que la población general, lo que indica el impacto psicológico que la enfermedad tiene sobre ellas.

En nuestra serie, los datos descriptivos muestran un mayor porcentaje de alteraciones en la sexualidad de los hombres con EII (8'3%) con respecto a la población control (2'3%). Para el resto de los aspectos, también se observa mayor porcentaje de disfunción sexual en el grupo de pacientes con EII que en el control, en todas las esferas de la sexualidad a excepción de la excitación, donde los pacientes y los controles tienen porcentajes de disfunción similares. Las mujeres con EII, también tienen mayor porcentaje de disfunción sexual global (16,2%), que el grupo control (5,1%). En las esferas del deseo interés y del orgasmo, también se observa mayor porcentaje de alteraciones en el grupo de EII que en el control (interés 86% vs 73%, orgasmo 48% vs 37%). Para el resto de los aspectos de la sexualidad, la diferencia entre ambos grupos es menor y no se observan diferencias importantes en la esfera del placer.

## Discusión

En nuestros datos, es llamativo el gran número de disfunciones que se detectan en los diferentes aspectos de la sexualidad, con respecto al relativamente menor número de alteraciones al estudiar la sexualidad en su globalidad. Esta misma discrepancia se detecta en otros estudios publicados, como en el realizado por Hullfish<sup>119</sup> en el que estudian la sexualidad en mujeres de una consulta general de ginecología. En éste, el porcentaje de disfunciones en el cuestionario CSFQ global fue del 41,3%, contrastando con el significativamente mayor número de disfunciones en el resto de las subescalas (deseo interés 94,3%, excitación 85,7%, placer 75,4%, orgasmo 65,2%, deseo frecuencia 63,8%). En este sentido, se podría argumentar que en el cuestionario de CSFQ, la puntuación necesaria para obtener datos considerados como normales, según la escala validada es muy alta para los diferentes aspectos del funcionamiento sexual y sin embargo no tanto con respecto a la puntuación necesaria para obtener un cuestionario no disfuncionante en su globalidad.

Sin embargo y a pesar de que los pacientes de nuestro estudio consideran que la enfermedad afecta de forma negativa sobre su sexualidad y que el porcentaje de disfunciones sexuales es mayor en el grupo de pacientes que en los controles para la mayor parte de sus esferas, el análisis univariante y multivariante no demuestra dichos hallazgos tan claramente. En los varones, la EI constituye un factor de riesgo de disfunción sexual en su globalidad (RR 2,9) y en la variable del orgasmo (RR 4,1). Sin embargo para el resto de las esferas de la sexualidad, no se consigue demostrar dicha asociación. En las mujeres, la enfermedad no ha demostrado ser un factor determinante de disfunción sexual para ninguna de las escalas estudiadas.

## Discusión

### **B. FACTORES IMPLICADOS EN LAS ALTERACIONES DE LA SEXUALIDAD DE LOS PACIENTES CON EII**

Dada la discrepancia entre la sensación que tienen los pacientes con EII, sobre como su enfermedad afecta la sexualidad y los datos objetivos obtenidos de los estudios, nos planteamos si además de la propia enfermedad podría haber otros factores implicados en las alteraciones de la sexualidad de estos pacientes, independientes de su enfermedad.

#### **1. Trastornos del ánimo**

Las alteraciones del ánimo son uno de los factores más importantes relacionados con los trastornos de la sexualidad en la población general, siendo la prevalencia de disfunción sexual entre los pacientes con enfermedades psiquiátricas muy alta <sup>78</sup>. Con el fin de evitar dicho factor confusor, en nuestro estudio uno de los criterios de exclusión, fue la existencia de patologías psiquiátricas diagnosticadas. Tampoco fueron incluidos los pacientes en tratamiento con medicación que pudiera alterar por sí sola la sexualidad, de entre los cuales se tuvo en cuenta la toma de medicación antidepresiva <sup>76</sup>.

Parece que los pacientes con EII, tienen una mayor prevalencia de alteraciones psicológicas que la población general <sup>108</sup>. En un estudio realizado en el que se evaluaron las alteraciones psicológicas de 116 pacientes con EII a través del cuestionario de Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), se observó que el 25,9 % de los pacientes puntuaba mayor de 11 en dicha escala, lo que indica un probable trastorno psicológico. El 55% de los pacientes puntuó por encima de 8, lo que es indicativo de un posible trastorno psicológico. En nuestro grupo de pacientes se observó que el 34% presentaban datos en el cuestionario de HAD considerados como indicativos de un problema clínico (HAD > 11).

Dado que los trastornos del ánimo influyen de forma negativa en la sexualidad y teniendo en cuenta que los pacientes con EII tienen mayor prevalencia de trastornos

## Discusión

psicológicos, podría ser que la peor puntuación obtenida por los pacientes con EII en los cuestionarios de sexualidad, se deba más a este aspecto que a los efectos de la propia enfermedad inflamatoria

En los trabajos realizados previamente, se destacan los trastornos del ánimo, como uno de los factores fundamentales que influyen negativamente en la sexualidad de los pacientes con EII <sup>96,97</sup>. El grupo de Timmer concluye que el ánimo depresivo tenía un impacto negativo sobre la sexualidad de los varones afectando de forma significativa a la satisfacción sexual (OR 2,3 IC 95% 1,1-4,9), la satisfacción global (OR 3,7 IC 95% 1,7-8,3) y el total del cuestionario IIEF (OR 2,4 IC 95% 1,1-5,1). Nuestro estudio, no consigue demostrar dicha asociación, salvo para la totalidad de los varones en los que la esfera del placer se afecta de forma significativa por los síntomas depresivos (OR 4,5 IC 95% 1,7-12,3). En todos los estudios publicados, la erección se ve poco influenciada por los trastornos del ánimo, al depender ésta fundamentalmente de factores somáticos y menos de aspectos psicológicos <sup>142</sup>.

En las mujeres con EII, los trastornos del ánimo si parecen tener una clara asociación con las alteraciones de la sexualidad <sup>96,97</sup> afectándose de forma significativa todas sus esferas: deseo OR 2,9 (IC 95% 1,5-5,7), frecuencia OR 3,5 (IC 95% 1,6-7,9), iniciativa OR 4,4 (IC 95% 2,1-9,1), placer y orgasmo OR 4,8 (IC 95% 2,2-10,1), satisfacción de la pareja OR 2,7 (IC 95% 1,4-5,4) y cuestionario BISF-W total OR 3,4 (IC 95% 1,4-6,9) <sup>97</sup>. Nuestro estudio confirma dichos hallazgos, siendo los trastornos del ánimo el factor fundamental en las alteraciones de la sexualidad de las mujeres con EII (global OR 10,6 (p=0,095), frecuencia OR 64,1 (p=0,009) y el orgasmo OR 14,7 (p=0,027).



## Discusión

### 2. Actividad inflamatoria

La actividad de la enfermedad, ha sido identificada como uno de los factores determinantes en la disminución de la calidad de vida en los pacientes con EII <sup>56,143</sup>. La sexualidad conforma uno de los aspectos de la calidad de vida, por lo que es lógico pensar que si la actividad inflamatoria influye negativamente sobre la calidad de vida, también interfiera en la sexualidad de estos pacientes. Diversos estudios publicados previamente demuestran dicha afirmación. Como se ha comentado en apartados anteriores, el estudio de Timmer <sup>96</sup> no logró demostrar que la EII fuera un factor determinante de disfunción sexual en varones. Sin embargo en el análisis por subgrupos, llama la atención que al incluir los casos con actividad inflamatoria, la enfermedad sí constituye un factor de riesgo negativo con respecto al grupo control (IIEF total OR 3,6, satisfacción global OR 5,4, satisfacción sexual OR 3'9, deseo sexual OR 6'3, orgasmo OR 3 y erección OR 4,3). Al incluir en el análisis, aquellos pacientes cuya enfermedad está en remisión o con escasa actividad inflamatoria, el funcionamiento sexual fue incluso mejor que en el grupo control (IIEF total OR 0,7, satisfacción global OR 0,8, satisfacción sexual OR 0,7, deseo sexual OR 0,5, orgasmo OR 0,4, erección OR 0,7) <sup>96</sup>. Otro estudio realizado por el mismo grupo, en el que se analizan los factores determinantes de las alteraciones de la sexualidad en 280 varones con EII, confirma dicha relación negativa entre la actividad inflamatoria y la sexualidad, especialmente en la esfera del orgasmo (OR 4,3 IC 95% 2,0-9,3), del deseo (OR 2,5 IC 95% 1,1-5,5), de la erección (OR 2,5 IC 95% 1,3-4,9) y de la satisfacción global (OR 2,1 IC 95% 1,0-4,3) <sup>95</sup>. El 67% de los varones con enfermedad activa anulan por completo o alteran seriamente su sexualidad, comparado con el 21% de los pacientes con enfermedad inactiva <sup>95</sup>. Además se describe una influencia de la actividad inflamatoria sobre la autoestima, encontrándose los pacientes con enfermedad inactiva más satisfechos con su imagen corporal, más atractivos ( $p=0,002$ ) y más masculinos ( $p=0,005$ ) que los pacientes con enfermedad activa <sup>95</sup>. Sin embargo en las mujeres, dicha asociación no se ha podido demostrar ya que el análisis por subgrupos del estudio de Timmer de 2007, no reveló ninguna tendencia significativa en relación con la actividad inflamatoria de la enfermedad <sup>96</sup> y tan solo se demostró alteración en la

## Discusión

esfera del deseo (OR 1,8; IC 95% 1,0-3,2) en relación con la actividad en el estudio de Timmer de 2008 <sup>97</sup>.

En nuestro trabajo, solamente se incluyeron pacientes inactivos o con actividad leve o moderada, ya que como se explicó en apartados anteriores, parece más interesante comprender como la enfermedad afecta la sexualidad durante los períodos en los que los síntomas sistémicos pierden peso y la afectación en otras esferas de la vida puede interferir en conseguir una calidad de vida plena, como son los momentos con menor actividad inflamatoria. Nuestros datos, no demuestran una asociación entre mayor gravedad inflamatoria y peor actividad sexual, para ninguna de las esferas de la sexualidad, tanto para hombres como para mujeres. La mayor parte de los pacientes de nuestra serie, se encontraban en remisión clínica o con actividad leve, habiéndose incluido tan solo 6 varones y 5 mujeres con actividad moderada. El corto número de pacientes con actividad moderada, impide la interpretación adecuada de las alteraciones observadas en este grupo concreto.

### 3. Edad

Los estudios realizados en la población general, demuestran que la edad tiene un impacto significativo en la sexualidad tanto en hombres como en mujeres <sup>67-70</sup>. Sin embargo es llamativo que los cuestionarios más importantes para el estudio del funcionamiento sexual, no tengan en cuenta para la definición de disfuncionante o no, la edad de los pacientes. También es importante destacar, como se explicará posteriormente, que en los principales trabajos publicados sobre sexualidad en pacientes con EII, no se analiza la edad entre los factores implicados en las alteraciones de la sexualidad <sup>93-97</sup>.

En nuestro estudio, se consideró como criterio de exclusión los pacientes mayores de 65 y los menores de 18 años, para eliminar los dos grupos de edades extremas y evitar así la influencia que tiene la edad en la sexualidad, teniendo nuestro grupo una media de edad de 37 años (rango 18-63). En las preguntas directas que se

## Discusión

realizaron a los pacientes sobre las posibles causas que pudieran tener relación con el cambio en su sexualidad, 13% de los varones y 27% de las mujeres culpan a la edad del deterioro de su sexualidad.

El análisis multivariante de nuestros datos, revela la edad como uno de los factores con mayor impacto en la sexualidad de los varones, afectando de forma significativa tanto la sexualidad global (OR 20,1 IC 95% 1,0-424,6) como las esferas del placer (OR 11,3 IC 95% 1,3-101,2), del deseo frecuencia (OR 8,9 IC 95% 1,6-51,1), del deseo interés (OR 5,8 IC 95% 0,9-38,6) y de la excitación (OR 25,6 IC 95% 2,1-313,0). Sin embargo en las mujeres no se ha demostrado ninguna asociación entre la edad y la sexualidad.

### 4. Tiempo de relación en pareja

La frecuencia de las relaciones sexuales, disminuye a medida que avanza el tiempo de relación de pareja, incluso en parejas jóvenes<sup>80</sup>.

En nuestro estudio no se ha demostrado que el tiempo en pareja estable sea un factor que afecte la sexualidad, salvo para las mujeres con EII, en las que se observa un impacto cercano a la significación sobre la sexualidad global (OR 15,6 IC 95% 0,8-275,4) y sobre el deseo interés (OR 14,8 IC 95% 0,8-279,8).

### 5. Calidad de vida

La sexualidad es un parámetro más dentro de la calidad de vida, por lo que de antemano se podría pensar que los pacientes con peor calidad de vida deberían tener una vida sexual más alterada. Sin embargo los estudios de sexualidad realizados previamente en pacientes con EII, no incluyen en su análisis variables que estudien la calidad de vida<sup>93-97</sup>. En nuestro estudio, la calidad de vida se exploró de forma general mediante una escala analógica visual y de forma específica en los pacientes con EII

## Discusión

mediante el cuestionario IBDQ-9. El estudio univariante demuestra que los individuos con peor calidad de vida, obtienen menor placer durante las relaciones sexuales que los que tienen buena calidad de vida, dato que solamente se confirma en el estudio multivariante en el caso de las mujeres (RR 2,7 IC 95% 1,0-6,9). En las mujeres con EII, la mala calidad de vida vuelve a ser un factor predictivo de disfunción sexual en su globalidad (RR 5,9 IC95% 1,4-25,2).

### **6. Otros factores: tipo de enfermedad, gravedad, enfermedad perianal, ostomías.**

Aunque queda claro que la EII afecta la calidad de vida <sup>50,51</sup>, no se ha podido aclarar si existe un mayor impacto de ésta para los pacientes que padecen EC o CU. Algunos estudios consideran que la EC se ve más afectada en los períodos de inactividad que la CU <sup>53</sup>. Tampoco se ha establecido si existen diferencias en cuanto al impacto que tienen una y otra enfermedad sobre la sexualidad. Los primeros estudios se realizaron exclusivamente sobre mujeres con EC, por lo que no permitían dicha comparación <sup>90,91,94</sup>. Los estudios posteriores, no encuentran ninguna diferencia en la sexualidad entre ambas enfermedades ni en hombres ni en mujeres <sup>95,97</sup>. En nuestro estudio, tampoco se ha conseguido demostrar diferencias entre la ECy la CU.

Algunos estudios publicados en la literatura, demuestran una asociación entre la enfermedad perianal y las disfunciones sexuales en las pacientes con EC y un aumento de la frecuencia de dispareunia en las pacientes con fístulas perianales <sup>94,107</sup>. En nuestro estudio, no se ha encontrado asociación entre la enfermedad perianal y las disfunciones sexuales en los varones. En las mujeres, no se demuestra tampoco dicha asociación, salvo en el deseo frecuencia para la que, de forma paradójica, la enfermedad perianal es un factor protector (OR 0,1 IC 95% 0,0-0,9). Sin embargo, la interpretación de dicho hallazgo debe realizarse con cautela, teniendo en cuenta el pequeño tamaño muestral para dicho subanálisis.

## Discusión

Los procedimientos quirúrgicos empleados en el tratamiento de la EII se han asociado con alteraciones en la sexualidad. Los estudios realizados en varones a los que se les ha sometido a una proctocolectomía con reservorio ileoanal, demuestran alteraciones en la eyaculación<sup>99,144</sup>. En los pacientes con ostomías, están descritas alteraciones físicas y psicológicas, incluidas alteraciones en el área de la sexualidad<sup>145</sup>. La prevalencia de disfunción eréctil, resulta ser mucho mayor en los pacientes con una resección intestinal con ostomía, que en los pacientes con resecciones intestinales sin ésta, con una mayor dificultad para recuperar el funcionamiento sexual tras la cirugía para los pacientes portadores de ostomías. Además, hasta un 46% de los pacientes reconocen tener miedo a los accidentes con la ostomía durante las prácticas sexuales, así como vergüenza por el olor o por la apariencia de la misma.<sup>102</sup> Carlsson y colaboradores, encontraron que la preocupación principal en los pacientes portadores de ostomías fue la intimidad, siendo otros aspectos de la sexualidad y la imagen corporal también aspectos importantes para ellos<sup>146</sup>. Este es un tema importante para los pacientes y debería ser discutido con ellos antes de la intervención quirúrgica. Sin embargo, esto no parece ocurrir así, como se pone de manifiesto en un estudio en el que el 42% de los pacientes portadores de una ostomía, reconocía no haber recibido ninguna información respecto de las posibles alteraciones en la sexualidad antes de la cirugía. El 97% de éstos, consideraba que era un aspecto importante que debería ser tratado antes del procedimiento<sup>145</sup>. En el estudio de Timmer, la presencia de ostomías tenía un impacto negativo sobre la satisfacción sexual (OR 2,8 (IC 95% 1,2-7,0) y sobre la satisfacción total OR 2'3 (IC 95% 1,0-5,5), sin poder encontrar efecto sobre el resto de las esferas de la sexualidad<sup>95</sup>. En nuestro estudio, no existían pacientes portadores de una ostomía por lo que ninguno de estos aspectos pudo ser evaluado.

Aproximadamente el 50% de los pacientes de nuestro estudio, había precisado una intervención quirúrgica o tratamiento inmunosupresor o biológico para el control de su enfermedad, siendo clasificados por lo tanto como pacientes con enfermedad grave. El estudio multivariante no muestra mayor riesgo de alteraciones en la sexualidad en este subgrupo. En los varones, de forma paradójica, se observa incluso que los pacientes graves tienen menos riesgo de alteraciones en la sexualidad en el área del placer (RR 0,1 IC 95% 0,0-0,7), que los pacientes menos graves. Existen

## Discusión

publicaciones previas en la que se describe un fenómeno similar, como en el trabajo de Iglesias et al <sup>59</sup>, en el que los pacientes corticorresistentes presentan mejor calidad de vida en alguna de sus esferas, como el rol físico, que el resto de los pacientes. Una posible explicación de ambos resultados, es que los pacientes que han presentado una enfermedad más grave experimentan un mayor cambio desde su situación previa a la actual y valorarían más positivamente la capacidad para desarrollar funciones en las que antes encontraban dificultades.

### C. APORTACIÓN DE NUESTRO ESTUDIO

La sexualidad de los pacientes con EI, ha sido poco estudiada y la mayor parte de los trabajos disponibles tienen, en nuestra opinión, problemas metodológicos no resueltos. Algunos de los trabajos publicados, son estudios descriptivos en los que no se emplea un grupo control, por lo que no son adecuados para relacionar la enfermedad inflamatoria por sí misma, con los trastornos de la sexualidad que puedan aparecer <sup>92,95,97</sup>.

Además la fisiopatología del comportamiento sexual es muy compleja <sup>67 60,72</sup>, influyendo en ella múltiples factores, tanto físicos como mentales que deben tenerse en cuenta a la hora de estudiar la sexualidad. Las enfermedades crónicas y los fármacos son una causa conocida de alteraciones de la sexualidad <sup>71</sup>. Sin embargo, algunos de los trabajos publicados previamente no refieren datos sobre la comorbilidad de los pacientes de su serie <sup>92-94</sup>. Otros sí tienen en cuenta las enfermedades concomitantes y los tratamientos administrados y, aunque no conforman un criterio de exclusión, sí clasifican a los pacientes en función de la comorbilidad <sup>96</sup>. Este grupo encuentra que los varones con comorbilidad mayor tienen un RR de 4,7 (IC 95% 1,3-17,1) de alteraciones en la satisfacción sexual global y los pacientes en tratamiento antihipertensivo, muestran un impacto negativo en el deseo sexual, con un OR de 2,6 (IC95% 1,0- 6,9).

## Discusión

Nuestro trabajo, ha pretendido depurar al máximo todos los aspectos que pudieran interferir con el estudio, para así poder relacionar con mayor fiabilidad las alteraciones encontradas en la sexualidad, con la propia enfermedad y no con otros factores confusores. Para ello, se han tenido en cuenta todos los aspectos que clásicamente se han relacionado con las alteraciones en el funcionamiento sexual. Además la existencia de cualquier enfermedad o situación que por sí sola fuera una causa de disfunción sexual fue un criterio de exclusión, tanto en el grupo de EII como en el grupo control. De ese modo se excluyeron los pacientes con enfermedades psiquiátricas diagnosticadas o con cualquier enfermedad concomitante que justificara por sí misma una alteración en la sexualidad, incluidas la diabetes mellitus o la hipertensión arterial. Aunque los trastornos del ánimo interfieren de forma negativa sobre la sexualidad <sup>78,79</sup> y los pacientes con EII han demostrado una mayor frecuencia de trastornos del ánimo que la población general <sup>108,110,111</sup>, no todos los estudios realizados tienen en cuenta la depresión a la hora de analizar sus resultados <sup>93,94</sup>. Por lo tanto, algunas de las asociaciones entre EII y disfunción sexual demostradas en dichos estudios, podrían deberse más al trastorno del ánimo que a la propia enfermedad inflamatoria. De hecho tanto nuestro estudio como otros publicados con anterioridad, confirman que uno de los factores más importantes implicado en las alteraciones de la función sexual de los pacientes con EII tanto en hombres como en mujeres son los trastornos del ánimo <sup>95-97</sup>.

En el mismo sentido, ninguno de los estudios de sexualidad en pacientes con EII contempla la edad al realizar el análisis de sus datos <sup>93-97</sup>, estando ésta claramente asociada a los trastornos de la sexualidad en la población general <sup>67-70</sup>. Como se ha explicado en apartados anteriores, la edad ha demostrado ser un factor de riesgo fundamental en las alteraciones de la sexualidad en los varones de nuestra serie.

Este es el primer trabajo publicado en el que se emplea para el estudio de la sexualidad de los pacientes con EII el cuestionario CSFQ. Este test se diseñó específicamente para medir los cambios de la función sexual en relación con las enfermedades médicas o los tratamientos utilizados, por lo que es una herramienta

## Discusión

ideal para valorar como la EII afecta sobre la sexualidad de los pacientes que la padecen<sup>83,84,85</sup>.

También es importante destacar, que un test adecuado debe cumplir las características de fiabilidad y validez y estar traducido y validado en el idioma que se va a utilizar, requisitos que cumple el cuestionario CSFQ<sup>83, 85, 136</sup>.

Además y tal y como se ha explicado en el apartado de la fisiología de la sexualidad, el ciclo sexual está compuesto por varias fases, entre las que están el deseo, la excitación y el orgasmo. Esta distinción tiene relevancia clínica ya que muchos trastornos de la respuesta sexual y sus tratamientos psicológicos, farmacológicos o quirúrgicos, afectan primariamente y de modo relativamente selectivo a alguno de sus componentes<sup>60</sup>. El cuestionario CSFQ tiene la capacidad de explorar el funcionamiento sexual en su globalidad y de forma específica, cada uno de los aspectos que componen el ciclo sexual, conformando 5 subescalas (frecuencia en el deseo sexual, interés en el deseo sexual, placer, excitación y orgasmo).

Los estudios realizados previamente, demuestran que las diferencias culturales influyen en las preocupaciones que tienen los pacientes con EII<sup>56,122-125</sup>. Así el grado de preocupación que tienen los pacientes sobre diferentes aspectos de su enfermedad, varía en función del país del que provienen<sup>125</sup>. Los trabajos realizados en Estados Unidos, demuestran que para procesos de similar gravedad los pacientes de raza blanca tienen mejores puntuaciones en los cuestionarios de calidad de vida que los pacientes de raza negra<sup>121</sup>. En este sentido podemos decir por estar nuestro estudio realizado en España, que sus conclusiones son más extrapolables a la población de nuestro medio.



## Discusión

### D. SEXUALIDAD EN LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE EII

Aunque la sexualidad es un elemento básico de la calidad de vida de los individuos y a pesar de que las disfunciones sexuales constituyen una problemática frecuente en la población general <sup>116,118,119,147</sup> habitualmente no son aspectos que se traten en la consulta de los médicos de forma espontánea <sup>147</sup>.

En nuestro estudio, hemos encontrado un gran número de disfunciones sexuales en los pacientes con EII. Sin embargo, ninguno de ellos había consultado espontáneamente este aspecto con el especialista responsable de su enfermedad. Esto concuerda con los datos de un estudio en el que se interrogaba a mujeres con EII que acudían a un seminario, sobre la frecuencia con la que sus médicos discutían aspectos relacionados con la sexualidad (incluyendo los médicos de atención primaria, gastroenterólogos y ginecólogos). El 18,8% de las pacientes revelaba que sus especialistas en gastroenterología abordaba con mayor frecuencia aspectos relacionados con su sexualidad, comparado con los médicos de atención primaria y los ginecólogos. Sin embargo, en todos los casos en los que se había tratado la sexualidad en la consulta del gastroenterólogo, habían sido las pacientes las que habían iniciado la conversación sobre dicho problema <sup>148</sup>.

Llama la atención que a pesar de que la sexualidad no sea un tema que los pacientes aborden de forma espontánea, el 76'6% de las mujeres y el 73% de los varones de nuestro estudio, refirieron que la sexualidad es un tema importante o muy importante en su relación de pareja, siendo relativamente importante para el resto de los pacientes. Tan solo 1 de los 97 pacientes de nuestro estudio (1%), considera que la sexualidad es un tema muy poco importante o sin importancia.

Esta preocupación por la sexualidad, queda reflejada en la alta tasa de participación en nuestro estudio, con un 82,9 % de respuesta a los cuestionarios. En estudios publicados previamente el porcentaje de respuesta de los cuestionarios fue también elevado (62,5%) <sup>92</sup>.

## Discusión

Por lo tanto aunque las disfunciones sexuales en los pacientes con EII son prevalentes, generalmente pasan desapercibidas, no siendo diagnosticadas y por lo tanto no tratadas. Sin embargo son un tema que preocupa a los pacientes y, como reflejan sus altas tasas de participación en los estudios de sexualidad, éstos están dispuestos a tratar si se les pregunta sobre ello.

Existen una serie de factores que dificultan el abordaje de la sexualidad por parte de los médicos que no se dedican de forma específica al tratamiento de dichas disfunciones (urólogos, ginecólogos, psiquiatras). En primer lugar, el sexo continúa siendo un tema tabú cargado de prejuicios y desinformación, por lo que tanto los pacientes como los médicos no lo abordan con naturalidad. Además, existe una falta de formación en sexología con escasos cursos que formen al personal médico no especialista en el abordaje inicial de estos pacientes <sup>81,87,147,149</sup>.

Por otra parte, la fisiopatología del comportamiento sexual es muy compleja interfiriendo múltiples factores, que hacen que los criterios de salud sexual no sean unánimes, por lo que el diagnóstico de dichas patologías no siempre resulta sencillo.

Por este motivo, una de las herramientas que podría resultar más sencilla para los médicos no especializados en sexualidad, podría ser la utilización de cuestionarios con el fin de hacer una primera aproximación del problema y en caso de sospecharse una disfunción remitir al especialista adecuado. Además éstos permiten al paciente reconocer su problema e iniciar de forma más natural un diálogo con su médico. Sin embargo, no existe en la literatura ningún cuestionario ideal que se recomiende de forma unánime para el estudio de las disfunciones sexuales y que facilite el abordaje de este tema y así mejore la relación médico-paciente <sup>81</sup>.

Del mismo modo que los pacientes en los que se detectó una disfunción sexual no habían comentado previamente el problema con su especialista, ninguno de los pacientes con cuestionarios sugestivos de un trastorno del ánimo había consultado dicho problema con su médico. De estos datos se podría sugerir la necesidad de investigar en los pacientes con EII, la existencia de un posible trastorno psicológico que pudiera beneficiarse de un tratamiento específico, ya que los estudios publicados advierten de la relación entre la mala calidad de vida relacionada con la salud de los

## Discusión

pacientes con EI y los trastornos psicológicos independientemente de la severidad de la enfermedad <sup>128</sup>. Los pacientes en los que se detecte un trastorno del ánimo y según las conclusiones de nuestro estudio y de otros grupos <sup>95</sup>, son un grupo en los que las disfunciones sexuales son también más probables y por lo tanto se deben explorar de forma específica y derivar al especialista adecuado si precisa.

## Discusión

## **IX. CONCLUSIONES**

## Conclusiones

## Conclusiones

El análisis de nuestros datos nos permite extraer las siguientes conclusiones:

1) Los pacientes con EII, consideran que la sexualidad es un aspecto importante en su vida, aunque de forma generalizada es un tema que no se aborda en la consulta con el especialista.

2) Un amplio porcentaje de los pacientes, consideran que la EII afecta de forma directa en su sexualidad. El miedo a la incontinencia, el cansancio, el dolor abdominal, la preocupación por tener un baño cerca y las alteraciones en la autoestima, son algunos de los principales motivos por los que sus relaciones se ven alteradas.

3) Los pacientes con EII, muestran un mayor porcentaje de alteraciones en la sexualidad para la mayor parte de las esferas.

4) Sin embargo no se ha podido demostrar que la enfermedad tenga un papel determinante en las alteraciones de la sexualidad en las mujeres. En los hombres, la EII influye de forma negativa en la sexualidad global y en el área del orgasmo, sin afectar el resto de las esferas.

5) Las alteraciones del ánimo, son el factor fundamental en las alteraciones de la sexualidad en las mujeres con EII. Mientras que en los varones es la edad la que tiene un impacto más llamativo sobre la sexualidad.

6) El resto de las características de la enfermedad, no han demostrado tener un impacto significativo en la sexualidad de los pacientes con EII

## Conclusiones



## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1:** Histograma de la variable edad en los distintos grupos estudiados

**Figura 2:** Diagrama de cajas de la variable ansiedad-depresión (HAD total) en los distintos grupos estudiados

**Figura 3:** Importancia percibida de las relaciones sexuales en el grupo de pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal

**Figura 4:** Diagrama de cajas de los resultados del cuestionario CSFQ en hombres con Enfermedad inflamatoria intestinal

**Figura 5:** Diagrama de cajas de los resultados del cuestionario CSFQ en mujeres con Enfermedad inflamatoria intestinal

**Figura 6:** Curva ROC para el cálculo de nuevo punto de corte del cuestionario CSFQ en hombres.

**Figura 7:** Curva ROC para el cálculo de nuevo punto de corte del cuestionario CSFQ en mujeres.

**Figura 8:** Representación gráfica mediante Forest Plot de los resultados del análisis multivariante sobre los factores que influyen en las alteraciones de la sexualidad en los hombres con Enfermedad inflamatoria intestinal .

**Figura 9:** Representación gráfica mediante Forest Plot de los resultados del análisis multivariante sobre los factores que influyen en las alteraciones de la sexualidad en las mujeres con Enfermedad inflamatoria intestinal .



## LISTA DE TABLAS

**Tabla 1:** Causas implicadas en la disminución de la frecuencia sexual en los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

**Tabla 2:** Resumen de los resultados del estudio de Timmer sobre función sexual en varones con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

**Tabla 3:** Resumen de los resultados del estudio de Timmer sobre función sexual en mujeres con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

**Tabla 4:** Características sociodemográficas en hombres.

**Tabla 5:** Características sociodemográficas en mujeres

**Tabla 6:** Características de la enfermedad en la cohorte de casos

**Tabla 7:** Causas percibidas del cambio en la sexualidad en los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

**Tabla 8:** Factores que dificultan las relaciones sexuales en los pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal.

**Tabla 9:** Comparación de los resultados del cuestionario CSFQ en hombres.

**Tabla 10:** Comparación de los resultados del cuestionario CSFQ en mujeres.

**Tabla 11:** Tasas de disfunción de la sexualidad según el cuestionario CSFQ en hombres.

**Tabla 12:** Tasas de disfunción de la sexualidad según el cuestionario CSFQ en mujeres.

**Tabla 13:** Influencia de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en la sexualidad en hombres. Estudio univariante.

**Tabla 14:** Influencia de la edad en la sexualidad en hombres. Estudio univariante.

**Tabla 15:** Influencia de los trastornos del ánimo en la sexualidad en hombres. Estudio univariante

**Tabla 16.** Influencia del tiempo en pareja estable en la sexualidad en hombres. Estudio univariante

**Tabla 17:** Influencia de la calidad de vida en la sexualidad en hombres. Estudio univariante.

**Tabla 18:** Influencia de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en la sexualidad en mujeres. Estudio univariante

**Tabla 19:** Influencia de la edad en la sexualidad en mujeres. Estudio univariante

**Tabla 20:** Influencia de los trastornos del ánimo en la sexualidad en mujeres. Estudio univariante

**Tabla 21.** Influencia del tiempo en pareja en la sexualidad en mujeres. Estudio univariante

**Tabla 22:** Influencia de la calidad de vida en la sexualidad en mujeres. Estudio univariante

**Tabla 23:** Factores determinantes de alteraciones de la sexualidad en hombres. Estudio multivariante.

**Tabla 24:** Factores determinantes de alteraciones de la sexualidad en mujeres. Estudio multivariante.

**Tabla 25:** Determinantes de baja función sexual en los hombres con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Estudio multivariante.

**Tabla 26:** Determinantes de baja función sexual en los mujeres con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Estudio multivariante.

## LISTA DE ANEXOS

**Anexo 1:** Criterios de Lennard-Jones para el diagnóstico de la colitis ulcerosa

**Anexo 2:** Criterios de Lennard-Jones para el diagnóstico de la Enfermedad de Crohn

**Anexo 3:** Acta del informe del comité ético de investigación clínica.

**Anexo 4:** Índice de actividad inflamatoria de Harvey-Bradshaw para pacientes con Enfermedad de Crohn

**Anexo 5:** Índice de actividad inflamatoria de Litchiger para pacientes con colitis ulcerosa.

**Anexo 6:** Lista de fármacos y drogas que afectan la función sexual.

**Anexo 7:** Cuestionario de características demográficas.

**Anexo 8:** Cuestionario CSFQ: hombres

**Anexo 9:** Cuestionario CSFQ mujeres.

**Anexo 10:** Preguntas subjetivas sobre la sexualidad

**Anexo 11:** Escala analógica visual del cuestionario EuroQol

**Anexo 12:** Cuestionario IBDQ-9.

**Anexo 13:** Cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).



## **X. ANEXOS**

## Anexos



## Anexos

### 1. CRITERIOS DE LENNARD-JONES PARA EL DIAGNÓSTICO DE COLITIS ULCEROSA

#### Criterios de inclusión

- Afectación difusa de la mucosa, sin granulomas (histología)
- Afectación del recto (endoscopia)
- Afectación, en continuidad a partir del recto, de una porción del colon (endoscopia o enema opaco)

#### Criterios de exclusión

- Colitis infecciosa (microbiología)
- Colitis isquémica (factores de riesgo, localización, histología)
- Proctitis/colitis actínica (antecedente de radioterapia)
- Úlcera rectal solitaria (localización, histología)
- Enfermedad de Crohn (afectación del intestino delgado)
- Lesión anal compleja (exploración física)
- Granulomas (histología)

**Criterios de Lennard-Jones para el diagnóstico de la colitis ulcerosa**  
**Datos tomados de Scand J Gastroenterol 1989;24:S170-S172 <sup>(126)</sup>**

## Anexos

### 2. CRITERIOS DE LENNARD-JONES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

	Clínica o endoscopia	Radiología	Biopsia	Pieza quirúrgica
Distribución				
• Lesión digestiva alta	+	+	+	+
• Lesión anal	+	+	+	+
• Distribución segmentaria	+	+		+
Lesión transmural				
• Fisura	+	+		+
• Absceso	+	+		+
• Fístula		+		+
Estenosis				
Hallazgos histológicos				
• Úlcera			+	+
• Agregados linfoides			+	+
• Retención de mucina			+	+
• Granulomas			+	

**Criterios de Lennard-Jones para el diagnóstico de la Enfermedad de Crohn .**

**Enfermedad de Crohn definida:** presencia de granulomas en el estudio histológico junto a otro criterio o , en ausencia de granulomas, la existencia de tres criterios.

**Enfermedad de Crohn probable:** dos criterios en ausencia de granulomas

**Datos tomados de Scand J Gastroenterol 1989;24:S170-S172 <sup>(126)</sup>**

## Anexos

### 3. ACTA DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

	<b>Hospital Universitario Ramón y Cajal</b> Comité Ético de Investigación Clínica	 <b>Comunidad de Madrid</b>
---	--	--

**INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACION CLINICA**

Dra. **M<sup>a</sup> ANGELES GALVEZ MUGICA**, Secretaria del Comité Etico de Investigación Clínica del Hospital.

**CERTIFICA**

Que el Comité Etico de Investigación Clínica ha evaluado, para que sea realizado en este Hospital, el Estudio Observacional con código **TELISA** , titulado:


**Descripción de la calidad de vida y repercusión personal de la enfermedad inflamatoria intestinal**

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del Investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Y que este Comité acepta que dicho Estudio Observacional sea realizado en este Hospital, por el **Dr. Antonio López San Román** como investigador Principal.

Lo que firmo en Madrid a 30 de octubre de 2008.

Fdo.: M<sup>a</sup> Ángeles Gálvez Múgica  
Secretaria CEIC

Ctra. Colmenar, km. 9,100 - 28034 MADRID (Planta -2 Dcha)  
Tlf.: 91 336 8322

E-mail: [ceic.hrc@salud.madrid.org](mailto:ceic.hrc@salud.madrid.org)

## Anexos

### 4. ÍNDICE DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA DE HARVEY-BRADSHAW PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

Estado general	Muy bueno 0	Regular 1	Malo 2	Muy malo 3	Terrible 4			
Dolor	No 0	Ligero 1	Moderado 2	Intenso 3				
Número deposiciones diarreicas								
Masa	No 0	Dudoso 1	Definida 2	Definida dolorosa 3				
Extra-intestinal	Eritema nodoso  1	Pioderma gangrenoso  1	Artralgias  1	Aftas  1	Uveitis  1	Absceso  1	Fístula anal  1	Otra fístula  1

Índice de actividad inflamatoria de Harvey-Bradshaw para los pacientes con Enfermedad de Crohn <sup>(134)</sup>

## Anexos

### 5. ÍNDICE DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA DE LITCHIGER PARA LOS PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

Dato clínico	Puntuación
<p>Número de deposiciones diarreicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0-2</li> <li>3-4</li> <li>5-6</li> <li>7-9</li> <li>&gt;10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> <li>4</li> </ul>
<p>Diarrea nocturna</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No</li> <li>Sí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>1</li> </ul>
<p>Rectorragia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nada</li> <li>En menos de la mitad</li> <li>En más de la mitad</li> <li>En todas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> </ul>
<p>Incontinencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No</li> <li>Sí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>1</li> </ul>
<p>Dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No</li> <li>Leve</li> <li>Moderado</li> <li>Grave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> </ul>
<p>Estado general</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perfecto</li> <li>Muy bueno</li> <li>Bueno</li> <li>Regular</li> <li>Malo</li> <li>Terrible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> <li>4</li> <li>5</li> </ul>
<p>Dolor abdominal a la exploración física</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No</li> <li>Leve y localizado</li> <li>Moderado y difuso</li> <li>Grave o rebote</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> </ul>
<p>Antidiarreicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No</li> <li>Sí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>0</li> <li>1</li> </ul>

Índice de actividad inflamatoria de Lichtiger para los pacientes con colitis ulcerosa <sup>(135)</sup>

## Anexos

### 6. LISTA DE FÁRMACOS Y DROGAS QUE AFECTAN LA FUNCIÓN SEXUAL

Psicotropos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antidepresivos: IMAO (fenalzina) tricíclico (imipramina, amitriptilina), ISRS (fluoxetina, paroxetina, sertralina).</li> <li>Ansiolíticos: diazepam, alprazolam.</li> <li>Antipsicóticos: clorpromazina, haloperidol, tioridazina, risperidona.</li> </ul>
Terapia hormonal	Análogos GnRh, progestágenos, antiandrógenos
Citostáticos	Ciclofosfamida, taxanos platinos
Cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diuréticos: tiazidas, espironolactona.</li> <li>Antihipertensivos de acción central: metildopa, clonidina.</li> <li>Alfa bloqueantes: propanolol, labetalol, atenolol.</li> <li>IECA: captopril, enalapril, lisinopril</li> <li>ARA-II: losartán, valsartán.</li> <li>Antagonistas del calcio: dihidropinas, verapamilo, diltiazem.</li> <li>Vasodilatadores: hidralazina, minoxidil</li> </ul>
Antagonistas H2	Cimetidina, ranitidina, famitidina
Hipolipemiantes	
Drogas de abuso	Alcohol, cocaína, heroína

Fármacos y drogas que afectan la función sexual <sup>(71)</sup>

## Anexos

### 7. CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

#### **CUESTIONARIO GENERAL**

##### **CARACTERÍSTICAS GENERALES:**

- Edad:
- Sexo:    varón    mujer
- Tiene usted pareja estable:    si    no
- Si tiene pareja estable, indique desde hace cuanto tiempo tiene pareja:
- Enfermedades importantes que tiene o ha tenido:
- Tiene alguna enfermedad digestiva (¿Cuál?):
- Cirugías previas:
- Fármacos que toma a diario:
- Consume usted alguno de los siguientes:
- Tabaco    si    no    ¿Cuánto?
- Alcohol    si    no    ¿Cuánto?
- Otras drogas    si    no

##### **CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD (a rellenar por el personal médico):**

- Tipo enfermedad:
- Extensión enfermedad
- Enfermedad perianal
- Año de diagnostico
- Edad diagnostico
- Edad paciente
- Tratamiento EII

# Anexos

## 8. CUESTIONARIO CSFQ: HOMBRES

CUESTIONARIO CSFQ: HOMBRES	
1. Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer experimenta en su vida sexual ahora?	8. ¿Obtiene una erección fácilmente?
<ul style="list-style-type: none"><li>•Ninguno</li><li>•Poco disfrute o placer</li><li>•Algo de disfrute o placer</li><li>•Mucho disfrute o placer</li><li>•Muchísimo disfrute o placer</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Nunca</li><li>•Rara vez (la minoría de las veces)</li><li>•A veces (la mitad de las veces)</li><li>•A menudo (la mayoría de las veces)</li><li>•Siempre</li></ul>
2. ¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito o masturbación) actualmente?	9. ¿Es capaz de mantener una erección?
<ul style="list-style-type: none"><li>•Nunca</li><li>•Rara vez (menos de una vez al mes)</li><li>•A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces por semana)</li><li>•A menudo (2 veces por semana o más)</li><li>•Diariamente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Nunca</li><li>•Rara vez (la minoría de las veces)</li><li>•A veces (la mitad de las veces)</li><li>•A menudo (la mayoría de las veces)</li><li>•Siempre</li></ul>
3. ¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales) ahora?	10. ¿Con qué frecuencia tiene una eyaculación?
<ul style="list-style-type: none"><li>•Nunca</li><li>•Rara vez (menos de una vez al mes)</li><li>•A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces por semana)</li><li>•A menudo (2 veces por semana o más)</li><li>•Diariamente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Nunca</li><li>•Rara vez (menos de una vez al mes)</li><li>•A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces por semana)</li><li>•A menudo (2 veces por semana o más)</li><li>•Diariamente</li></ul>
4. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?	11. ¿Es capaz de eyacular cuando quiere?
<ul style="list-style-type: none"><li>•Nunca</li><li>•Rara vez (menos de una vez al mes)</li><li>•A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces por semana)</li><li>•A menudo (2 veces por semana o más)</li><li>•Diariamente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Nunca</li><li>•Rara vez (menos de la mitad de las veces)</li><li>•A veces (la mitad de las veces más o menos)</li><li>•A menudo (más de la mitad de las veces)</li><li>•Siempre</li></ul>
5. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?	12. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?
<ul style="list-style-type: none"><li>•Nunca</li><li>•Rara vez (menos de una vez al mes)</li><li>•A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces por semana)</li><li>•A menudo (2 veces por semana o más)</li><li>•Diariamente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Ninguno</li><li>•Poco disfrute o placer</li><li>•Algo de disfrute o placer</li><li>•Mucho disfrute o placer</li><li>•Muchísimo disfrute o placer</li></ul>
6. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar o fantasear acerca del sexo?	13. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmos dolorosos?
<ul style="list-style-type: none"><li>•Ninguno</li><li>•Poco disfrute o placer</li><li>•Algo de disfrute o placer</li><li>•Mucho disfrute o placer</li><li>•Muchísimo disfrute o placer</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Nunca</li><li>•Rara vez (menos de una vez al mes)</li><li>•A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces por semana)</li><li>•A menudo (2 veces por semana o más)</li><li>•Diariamente</li></ul>
7. ¿Con qué frecuencia tiene usted una erección?	14. ¿Con qué frecuencia experimenta erecciones dolorosas prolongadas?
<ul style="list-style-type: none"><li>•Nunca</li><li>•Rara vez (menos de una vez al mes)</li><li>•A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces por semana)</li><li>•A menudo (2 veces por semana o más)</li><li>•Diariamente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Nunca</li><li>•Rara vez (menos de 1 vez al mes)</li><li>•A veces (1 vez al mes o más pero menos de 2 veces a la semana)</li><li>•A menudo (2 veces a la semana o más)</li><li>•Diariamente</li></ul>

Cuestionario CSFQ Hombres (83,85,136)



# Anexos

## 9. CUESTIONARIO CSFQ: MUJERES

### CUESTIONARIO CSFQ: MUJERES

1. *Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer experimenta en su vida sexual ahora?*

- Ninguno
- Poco disfrute o placer
- Algo de disfrute o placer
- Mucho disfrute o placer
- Muchísimo disfrute o placer

2. *¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito o masturbación) actualmente?*

- Nunca
- Rara vez (menos de una vez al mes)
- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces por semana)
- A menudo (2 veces por semana o más)
- Diariamente

3. *¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales) ahora?*

- Nunca
- Rara vez (menos de una vez al mes)
- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces por semana)
- A menudo (2 veces por semana o más)
- Diariamente

4. *¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?*

- Nunca
- Rara vez (menos de una vez al mes)
- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces por semana)
- A menudo (2 veces por semana o más)
- Diariamente

5. *¿Disfruta con libros, películas, música o arte de contenido sexual?*

- Nunca
- Rara vez (menos de una vez al mes)
- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces por semana)
- A menudo (2 veces por semana o más)
- Diariamente

6. *¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar o fantasear acerca del sexo?*

- Ninguno
- Poco disfrute o placer
- Algo de disfrute o placer
- Mucho disfrute o placer
- Muchísimo disfrute o placer

7. *¿Con qué frecuencia se encuentra excitada sexualmente?*

- Nunca
- Rara vez (menos de una vez al mes)
- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces por semana)
- A menudo (2 veces por semana o más)
- Diariamente

8. *¿Se excita fácilmente?*

- Nunca
- Rara vez (la minoría de las veces)
- A veces (la mitad de las veces)
- A menudo (la mayoría de las veces)
- Siempre

9. *¿Tiene lubricación vaginal adecuada durante la actividad sexual?*

- Nunca
- Rara vez (la minoría de las veces)
- A veces (la mitad de las veces)
- A menudo (la mayoría de las veces)
- Siempre

10. *¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo?*

- Nunca
- Rara vez (menos de una vez al mes)
- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces por semana)
- A menudo (2 veces por semana o más)
- Diariamente

11. *¿Es capaz de alcanzar un orgasmo cuando quiere?*

- Nunca
- Rara vez (la minoría de las veces)
- A veces (la mitad de las veces)
- A menudo (la mayoría de las veces)
- Siempre

12. *¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?*

- Ninguno
- Poco disfrute o placer
- Algo de disfrute o placer
- Mucho disfrute o placer
- Muchísimo disfrute o placer

13. *¿Con qué frecuencia llega a la excitación y luego pierde interés?*

- Nunca
- Rara vez (la minoría de las veces)
- A veces (la mitad de las veces)
- A menudo (la mayoría de las veces)
- Siempre

14. *¿Con qué frecuencia tiene orgasmos dolorosos?*

- Nunca
- Rara vez (menos de una vez al mes)
- A veces (una vez al mes pero menos de 2 veces por semana)
- A menudo (2 veces por semana o más)
- Diariamente

Cuestionario CSFQ mujeres (83, 85, 136)

## Anexos

### 10. PREGUNTAS SUBJETIVAS SOBRE LA SEXUALIDAD

#### PREGUNTAS SUBJETIVAS SOBRE SU SEXUALIDAD

1. ¿Es su vida sexual un aspecto importante en su relación?

- No tiene importancia
- Es un aspecto poco importante
- Es un aspecto relativamente importante
- Es un aspecto importante
- Es un aspecto muy importante

2. Si su vida sexual ha cambiado ¿Cuál cree usted que podría ser la causa?

- Empeoramiento de la enfermedad
- Mejoría de la enfermedad
- Medicación
- Cambio de su situación (ejemplo: demasiado ocupado...)
- Cambio de pareja
- Envejecimiento
- Otras (especificar): .....

3. Cree que sus relaciones sexuales están alteradas por las siguientes cuestiones (marque sí o no)

- Baja autoestima o imagen corporal alterada    si    no
- Miedo a tener pérdidas fecales (incontinencia)    si    no
- Dolor o molestias abdominales durante las relaciones    si    no
- Dolor durante las relaciones    si    no
- Si tiene bolsa de ileostomía / colostomía: vergüenza de llevar la bolsa    si    no

Preguntas subjetivas sobre la sexualidad (85,93,94)

## Anexos

### 11. ESCALA ANALÓGICA VISUAL DEL CUESTIONARIO EUROQOL

**SU ESTADO DE SALUD HOY**

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" (\*) hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

**SU ESTADO DE SALUD HOY**

El mejor estado de salud imaginable

100  
90  
80  
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0

El peor estado de salud imaginable

(\*) A veces se tiende a valorar el estado de salud actual haciendo una cruz o una marca en la EVA

Escala analógica visual del cuestionario EuroQol (EVA) <sup>(28)</sup>

# Anexos

## 12. CUESTIONARIO IBDQ-9

### CUESTIONARIO IBDQ-9

1. *¿Con qué frecuencia ha ido de vientre durante las últimas semanas?*

- Más frecuentemente que nunca
- Extremada frecuencia
- Con mucha frecuencia
- Moderado aumento de la frecuencia de defecación
- Ligero aumento de la frecuencia de defecación
- Aumento mínimo de la frecuencia de defecación
- Normal, sin aumento mínimo de la frecuencia de defecación

2. *¿Con qué frecuencia le ha causado problemas la sensación de fatiga o cansancio agotamiento durante las últimas semanas?*

- Siempre
- Casi siempre
- Bastantes veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

3. *¿Cuánta energía ha tenido en las últimas dos semanas?*

- Ninguna energía
- Muy poca energía
- Poca energía
- Cierta energía
- Bastante energía
- Mucha energía
- Mucha energía rebosante energía

4. *¿Con que frecuencia ha tenido que anular o aplazar una cita o compromiso social a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?*

- Siempre
- Casi siempre
- Bastantes veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

5. *¿Con que frecuencia ha tenido retortijones durante las últimas dos semanas?*

- Siempre
- Casi siempre
- Bastantes veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

6. *¿Con que frecuencia ha tenido malestar general las últimas dos semanas?*

- Siempre
- Casi siempre
- Bastantes veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

7. *¿Con que frecuencia ha tenido náuseas o ganas de vomitar durante las últimas dos semanas?*

- Siempre
- Casi siempre
- Bastantes veces
- A veces
- Pocas veces
- Casi nunca
- Nunca

8. *En general, ¿hasta que punto ha sido un problema tener gases durante las últimas dos semanas?*

- Un gran problema
- Un problema importante
- Bastante problemático
- Algo problemático
- Muy poco problemático
- Casi ningún problema
- Ningún problema

9. *¿Hasta que punto ha estado satisfecho, contento o feliz con su vida personal durante las últimas dos semanas?*

- Muy insatisfecho, infeliz
- Bastante insatisfecho, infeliz
- Algo insatisfecho, descontento
- Algo satisfecho, contento
- Bastante satisfecho, contento
- Muy satisfecho, feliz
- Extremadamente satisfecho, no podría ser más feliz.

Cuestionario IBDQ (38)

## Anexos

### 13. CUESTIONARIO HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HAD)

#### CUESTIONARIO HAD (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE)

Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas:

- |   |   |
|---|---|
| 1. Me siento tenso o nervioso:  | 8. Me siento como si cada día estuviera más lento               |
| • Todos los días  | • Por lo general en todo momento                                |
| • Muchas veces  | • Muy a menudo  |
| • A veces   | • A veces   |
| • Nunca   | • Nunca   |
| 2. Todavía disfruto con lo que me gustaba                             | 9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago |
| • Como siempre  | • Nunca   |
| • No lo bastante  | • En ciertas ocasiones  |
| • Sólo un poco  | • Con bastante frecuencia                                       |
| • Nada  | • Muy a menudo  |
| 3. Tengo la sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder | 10. He perdido interés por mi aspecto personal                  |
| • Definitivamente y es muy fuerte                                     | • Totalmente  |
| • Sí, pero no es muy fuerte   | • No me preocupo tanto como debiera                             |
| • Un poco, pero no me preocupa  | • Podría tener un poco más de cuidado                           |
| • Nada  | • Me preocupo al igual que siempre                              |
| 4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas                  | 11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme     |
| • Al igual que lo hice siempre  | • Mucho   |
| • No tanto ahora  | • Bastante  |
| • Casi nunca  | • No mucho  |
| • Nunca   | • Nada  |
| 5. Tengo mi mente llena de preocupaciones                             | 12. Me siento optimista respecto al futuro                      |
| • La mayoría de las veces   | • Igual que siempre   |
| • Con bastante frecuencia   | • Menos de lo que acostumbraba                                  |
| • A veces, aunque no muy a menudo                                     | • Mucho menos de lo que acostumbraba                            |
| • Sólo en ocasiones.  | • Nada  |
| 6. Me siento alegre   | 13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico                |
| • Nunca   | • Muy frecuentemente  |
| • No muy a menudo   | • Bastante a menudo   |
| • A veces   | • No muy a menudo   |
| • Casi siempre  | • Nada  |
| 7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado             | 14. Me divierto con un buen libro o un programa de televisión   |
| • Siempre   | • A menudo  |
| • Por lo general  | • A veces   |
| • No muy a menudo   | • No muy a menudo   |
| • Nunca   | • Rara vez  |

Cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) <sup>(113)</sup>

## Anexos

## **XI. BIBLIOGRAFIA**

## Bibliografia



## Bibliografía

1. Riera J. Definiciones conceptuales de la enfermedad inflamatoria intestinal. En Gasull MA. , Obrador A., Hinojosa J. (ed). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. Ediciones Aragón Madrid, 2002; p 3-19
2. Van der Zaag-Loonen HJ, Casparie M, Taminiau JA, Escher JC, Pereira RR, Derkx HH. The incidence of pediatric inflammatory bowel disease in the Netherlands: 1999-2001. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004; 38: 302-307
3. Loftus EV, Jr., Sandborn WJ. Epidemiology of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am* 2002; 31: 1-20
4. Bernstein CN, Blanchard JF, Rawsthorne P, Wajda A. Epidemiology of Crohn's disease and ulcerative colitis in a central Canadian province: a population-based study. *Am J Epidemiol* 1999; 149 :916-924
5. Gheorghe C, Pascu O, Gheorghe L, Iacob R, Dumitru E, Tantau M, et al. Epidemiology of inflammatory bowel disease in adults who refer to gastroenterology care in Romania: a multicentre study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004; 16: 1153-1159
6. Hildebrand H, Finkel Y, Grahnquist L, Lindholm J, Ekblom A, Askling J. Changing pattern of paediatric inflammatory bowel disease in northern Stockholm 1990-2001. *Gut*. 2003; 52:1432-1434
7. Pajares JM, Gisbert JP: Epidemiology of inflammatory bowel disease in Spain. A systematic review. *Rev Esp Enferm Dig*. 2001; 93: 9-20
8. López-Serrano P, Pérez-Calle JL, Carrera-Alonso E, Pérez-Fernández T, Rodríguez-Caravaca G, Boixeda-de-Miguel D et al. Epidemiologic study on the current incidence of inflammatory bowel disease in Madrid. *Rev Esp Enferm Dig* 2009; 101: 768-772
9. Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer GD. Regional ileitis; a pathologic and clinical entity. *Am J Med* 1952; 13: 583-590
10. Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer GD. Regional ileitis: a pathologic and clinical entity. 1932. *Mt Sinai J Med* 2000; 67: 263-268
11. De Dombal FT. Ulcerative colitis: definition, historical background, aetiology, diagnosis, naturel history and local complications. *Postgrad Med J* 1968; 44: 684-692

## Bibliografia

12. Siegmund B, Zeitz M. Ulcerative colitis? Guidelines 2004. Praxis. 2005; 94: 1599-1604
13. Loftus EV, Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. Gastroenterology 2004; 126: 1504-1517
14. Russel MG, Stockbrugger RW. Epidemiology of inflammatory bowel disease: an update. Scand J Gastroenterol 1996; 31: 417-427
15. Mate Jimenez J, Pajares Garcia JM, Perez-Miranda M. Epidemiology of inflammatory bowel disease: Geographic distribution and environmental factors. Rev Esp Enferm Dig 1994; 86:533-539
16. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference in Organization OROtWH (ed). New York, 1946,pp: 100
17. Bergener M. Quality of life, health status, and clinical research. Med Care 1989; 27: 148-156
18. Dubois R. The state of health and quality of life. Western J Med 1976; 125: 8-129.
19. Hornquist JO. Quality of life: concept and assessment. Scand J Soc Med 1990; 18: 69-79.
20. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA. 1994; 272: 619-626
21. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med 1993; 118: 622-629
22. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience? BMJ 2001; 322: 1240-1243
23. Irvine EJ. Quality of Life in inflammatory bowel disease: biases and other factors affecting scores. Scand J Gastroenterol 1995;.208: 136-140
24. Badia Llach X. What is health-related quality of life and how is it measured? Gastroenterol Hepatol Supl 27, 2004; 3:2-6
25. Younossi ZM, Guyatt G Quality-of-life assessments and chronic liver disease. Am J Gastroenterol 1998; 93: 1037-1041

## Bibliografía

26. Nunnally JC. Psychometric theory. En: Series in Psychology Graw-Hill M (ed), Nueva York, 1994
27. Gili M BN. Calidad de vida y personalidad en la enfermedad inflamatoria intestinal. Gastroenterol Hepatol 2009; 32: 3-8
28. EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. Health Policy 1990; 16: 199-208
29. Brooks R EuroQol. The current state of play. Health Policy 1996; 37: 53-72
30. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale]. Med Clin (Barc) 112 Suppl1999; 1: 79-85
31. Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ, Singer J, Williams N, Goodacre R et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. Gastroenterology 1989; 96: 804-810
32. Mitchell A, Guyatt G, Singer J, Irvine EJ, Goodacre R, Tompkins C et al. Quality of life in patients with inflammatory bowel disease. J Clin Gastroenterol 1988; 10:306-310
33. Love JR, Irvine EJ, Fedorak RN. Quality of life in inflammatory bowel disease. J Clin Gastroenterol 1992; 14 :15-19
34. Irvine EJ, Zhou Q, Thompson AK. The Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: a quality of life instrument for community physicians managing inflammatory bowel disease. CCRPT Investigators. Canadian Crohn's Relapse Prevention Trial. Am J Gastroenterol 1996; 91:1571-1578
35. Badia X Transcultural measurements of quality of life in relation to health, for adaptation by Spain. Med Clin (Barc) 1995; 105: 56-58
36. López-Vivancos J, Casellas F, Badia X, Vilaseca J, Malagelada JR. Validation of the spanish version of the inflammatory bowel disease questionnaire on ulcerative colitis and Crohn's disease. Digestion 1999; 60: 274-280
37. Casellas F, Alcalá MJ, Prieto L, Miró JR, Malagelada JR. Assessment of the influence of disease activity on the quality of life of patients with inflammatory bowel disease using a short questionnaire. Am J Gastroenterol 2004; 99:457-461

## Bibliografía

38. Alcalá MJ, Casellas F, Fontanet G, Prieto L, Malagelada JR. Shortened questionnaire on quality of life for inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2004; 10:383-391
39. Casellas Jorda F, Lopez Vivancos J. Evaluation of quality of life in digestive diseases. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27: 58-68
- . Graff LA, Vincent N, Walker JR, Clara I, Carr R, Ediger Jet al. A population-based study of fatigue and sleep difficulties in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2011; 17: 1882-1889
41. Minderhoud IM, Oldenburg B, van Dam PS, van Berge Henegouwen GP. High prevalence of fatigue in quiescent inflammatory bowel disease is not related to adrenocortical insufficiency. *Am J Gastroenterol* 2003; 98:1088-1093
42. Jelsness-Jørgensen LP, Bernklev T, Henriksen M, Torp R, Moum BA. Chronic fatigue is more prevalent in patients with inflammatory bowel disease than in healthy controls. *Inflamm Bowel Dis* 2011; 17: 1564-1572
43. Drossman DA, Leserman J, Li ZM, Mitchell CM, Zagami EA, Patrick DL. The rating form of IBD patient concerns: a new measure of health status. *Psychosom Med* 1991; 53: 701-712
44. Drossman DA, Patrick DL, Mitchell CM, Zagami EA, Appelbaum MI. 1989; Health-related quality of life in inflammatory bowel disease. Functional status and patient worries and concerns. *Dig Dis Sci* 1989; 34:1379-1386
45. Nilsson LO, Kock NG, Kylberg F, Myrvold HE. Palselius I. Sexual adjustment in ileostomy patients before and after conversion to continent ileostomy. *Dis Colon Rectum* 1981; 24: 287-290.
46. Casati J, Toner BB, de Rooy EC, Drossman DA, Maunder RG. Concerns of patients with inflammatory bowel disease: a review of emerging themes. *Dig Dis Sci* 2000; 45: 26-31
47. Edwards FC, Truelove SC. The Course and Prognosis of Ulcerative Colitis. *Gut* 1963; 4: 299-315
48. Michener WM, Farmer RG, Mortimer EA. Long-term prognosis of ulcerative colitis with onset in childhood or adolescence. *J Clin Gastroenterol* 1979; 1:301-305

## Bibliografía

49. Bergman L, Krause U. Crohn's disease. A long-term study of the clinical course in 186 patients. *Scand J Gastroenterol* 1977; 12: 937-944
50. Sorensen VZ, Olsen BG, Binder V. Life prospects and quality of life in patients with Crohn's disease. *Gut* 1987; 28: 382-385
51. Shivananda S., Van Blankenstein M, Schouten WR., Themans B., Does E Quality of life in Crohn's disease: results of a case-control study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1993; 5: 919-925
52. López -Vivancos J. CF, Badia X., Vilaseca J., Malagelada JR. Impact of ulcerative colitis vs Crohn's disease on health related quality of life. *Gastroenterology* 1998; 114: A1025
53. López-Vivancos. CF, Badia X., Vilaseca J., Malagelada JR. Different perception of health related quality of life in ulcerative colitis vs Crohn's disease. *Gastroenterology* 1999; 116: A765
54. Colombel JF, Yazdanpanah Y, Laurent F, Houcke P, Delas N, Marquis P. Quality of life in chronic inflammatory bowel diseases. Validation of a questionnaire and first French data. *Gastroenterol Clin Biol* 1996; 20:1071-1077
55. Casellas F, López-Vivancos J, Badia X, Vilaseca J, Malagelada JR Influence of inflammatory bowel disease on different dimensions of quality of life. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001; 13:567-572
56. Casellas F, López-Vivancos J, Casado A, Malagelada JR. Factors affecting health related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Qual Life Res* 2002; 11:775-781
57. Martin A, Leone L, Fries W, Naccarato R. Quality of life in inflammatory bowel disease. *Ital J Gastroenterol* 1995; 27:450-454
58. Verma S, Tsai HH, Giaffer MH. Does better disease-related education improve quality of life? A survey of IBD patients. *Dig Dis Sci* 2001; 46:865-869
59. Iglesias M, Vázquez I, Barreiro-de Acosta M, Figueiras A, Nieto L, Piñeiro M. et al. Health related quality of life in patients with Crohn's disease in remission. *Rev Esp Enferm Dig* 2010; 102:624-630
60. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización *Rev Int Androl* 2007; 5:11-521

## Bibliografía

61. Masters WH, Johnson V. Sexual human response. En: Bantam Books Toronto, 1966.
62. Mas M. Neurofisiología de la respuesta sexual humana. En: Bobes J, Dexeus S, Gibert J, ed. Psicofármacos y función sexual Díaz de Santos, Madrid, 2000. p. 1-15.
63. Diamond M, Karlen A. The sexual response cycle En: Sexual Problems in Medical Practice H. Lief ed. Chicago, 1981; 37-51
64. Mas M. Fisiología de la respuesta sexual. En Tresguerres Hill-Interamericana M (ed): Fisiología humana, Madrid 1992; 1181-1190
65. Farré JM, Lasheras Disfunciones sexuales en atención primaria En: Vázquez-Baquero JL (ed) Psiquiatría en atención primaria, Aula médica Madrid, 2007; p 485-509
66. Rees PM, Fowler CJ, Maas CP Sexual function in men and women with neurological disorders. Lancet 2007; 369: 512-525
67. González M, Viáfara G, Caba F, Molina T, Ortiz C. Libido and orgasm in middle-aged woman. Maturitas 2006; 53: 1-10
68. Tomic D, Gallicchio L, Whiteman MK, Lewis LM, Langenberg P, Flaws JA. Factors associated with determinants of sexual functioning in midlife women. Maturitas 2006; 53: 144-157
69. Pfeiffer E, Verwoerd A, Wang HS. Sexual behavior in aged men and women. Observations on 254 community volunteers. Arch Gen Psychiatry 1968; 19:753-758
70. Dennerstein L, Smith AM, Morse CA, Burger HG Sexuality and the menopause. J Psychosom Obstet Gynaecol 1994; 15: 59-66
71. Alonso A. Sexualidad y enfermedades crónicas Rev Int Androl 2007; 5:22-28
72. Pomerol JM. Disfunción sexual del varón secundaria a patologías médicas Actas Esp Psiquiatr 2002; 30: 46-53
73. Bancroft J, Gutierrez P Erectile dysfunction in men with and without diabetes mellitus: a comparative study. Diabet Med 1996; 13:84-89
74. Ko DT, Hebert PR, Coffey CS, Sedrakyan A, Curtis JP, Krumholz HM Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction. JAMA 2002; 288:351-357
75. Grimm RH, Jr., Grandits GA, Prineas RJ. Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men

## Bibliografía

- and women. Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). Hypertension 1997; 29: 8-14
76. Werneke U, Northey S, Bhugra D. Antidepressants and sexual dysfunction. Acta Psychiatr Scand 2006; 114: 384-397
77. Herman JB, Brotman AW, Pollack MH, Falk WE, Biederman J, Rosenbaum JF. Fluoxetine-induced sexual dysfunction. J Clin Psychiatry 1990; 51:25-27
78. Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. J Affect Disord 1999; 56:201-208
79. Nicolosi A, Moreira ED Jr, Villa M, Glasser DB. A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men. J Affect Disord 2004; 82:235-243
80. Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership. Arch Sex Behav 2002; 31:275-287
81. Bobes García J, Saíz Martínez P., Bascarán Fernández MT., Fernández Domínguez JM., Bousoño García M. Evaluación del comportamiento sexual en los pacientes psiquiátricos. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30: 32-37
82. Lue TF, Giuliano F, Montorsi F, Rosen RC, Andersson KE, Althof S et al: Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. J Sex Med 2004; 1: 6-23
- 83 Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. Cuestionario de Cambios de Función Sexual (Changes in sexual Functioning Questionnaire, CSFQ) En: Bobes J. PM, Bascarán MT., Saíz PA., Bousoño M (ed) Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Ars médica ed Barcelona, 2002; 121-122.
84. Clayton AH, Owens JE, McGarvey EL Assessment of paroxetine-induced sexual dysfunction using the Changes in Sexual Functioning Questionnaire. Psychopharmacol Bull 1995; 31:397-413
85. Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity. Psychopharmacol Bull 1997; 33:731-745
86. Giese LA, Terrell L Sexual health issues in inflammatory bowel disease. Gastroenterol Nurs 1996; 19: 12-17

## Bibliografia

87. Trachter AB, Rogers AI, Leiblum SR Inflammatory bowel disease in women: impact on relationship and sexual health. *Inflamm Bowel Dis* 2002;8: 413-421
88. European Federation of Crohn's and Colitis Associations. The IMPACT survey. <http://www.efcca-solutions.net/impact>. Accessed April 7, 2012.
89. Hamilton PA, Brown P, Davies JD, Salmon PR, Crow KD. Crohn's disease: an unusual cause of dyspareunia 1997; *Br Med J* 2:101
90. Guthrie E, Creed FH, Whorwell PJ: Severe sexual dysfunction in women with the irritable bowel syndrome: comparison with inflammatory bowel disease and duodenal ulceration. *Br Med J (Clin Res Ed)* 295:577-8, 1987
91. Lichtarowicz AM, Mayberry JF. Sexual dysfunction in women with Crohn's disease. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987; 295: 1065-1066
92. Muller KR, Prosser R, Bampton P, Mountifield R, Andrews JM. Female gender and surgery impair relationships, body image, and sexuality in inflammatory bowel disease: patient perceptions. *Inflamm Bowel Dis* 2010; 16:657-663
93. Moody GA, Mayberry JF Perceived sexual dysfunction amongst patients with inflammatory bowel disease. *Digestion* 1993; 54:256-260
94. Moody G, Probert CS, Srivastava EM, Rhodes J, Mayberry JF. Sexual dysfunction amongst women with Crohn's disease: a hidden problem. *Digestion* 1992; 52:179-183
95. Timmer A, Bauer A, Kemptner D, Fürst A, Rogler G. Determinants of male sexual function in inflammatory bowel disease: a survey-based cross-sectional analysis in 280 men. *Inflamm Bowel Dis* 2007; 13: 1236-1243
96. Timmer A, Bauer A, Dignass A, Rogler G. Sexual function in persons with inflammatory bowel disease: a survey with matched controls. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5: 87-94
97. Timmer A, Kemptner D, Bauer A, Taksas A, Ott C, Fürst A. Determinants of female sexual function in inflammatory bowel disease: a survey based cross-sectional analysis. *BMC Gastroenterol* 2008; 8:45
98. Keating JP Sexual function after rectal excision. *ANZ J Surg* 2004; 74: 248-259
99. Farouk R, Pemberton JH, Wolff BG, Dozois RR, Browning S, Larson D. Functional outcomes after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Ann Surg* 2000; 231:919-926



## Bibliografía

100. Bambrick M, Fazio VW, Hull TL, Pucel G. Sexual function following restorative proctocolectomy in women. *Dis Colon Rectum* 1996; 39:610-614
101. Tiainen J, Matikainen M, Hiltunen KM. Ileal J-pouch--anal anastomosis, sexual dysfunction, and fertility. *Scand J Gastroenterol* 1999; 34:185-188
102. Druss RG, O'Connor JF, Stern LO. Psychologic response to colectomy. Adjustment to a permanent colostomy. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 20: 419-427
103. McKee RF, Keenan RA Perianal Crohn's disease: is it all bad news? *Dis Colon Rectum* 1996; 39:136-142
104. Morson BC, Lockhart-Mummery HE Anal lesions in Crohn's disease. *Lancet* 1959; 2:1122-1123
105. Fielding JF Perianal lesions in Crohn's disease. *J R Coll Surg Edinb* 1972; 17:32-37
106. Hinojosa J. Enfermedad perianal: tratamiento médico y quirúrgico. En: ,ed). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*, Ergon (ed) Madrid, 2002, 247-271
107. Borentain P. SV, Bonierbale M., Grimaud J. Sexual function among women with Crohn's disease: a need for sympathetic investigation. *Gut* 2006; 55: A137
108. Porcelli P, Zaka S, Centonze S, Sisto G. Psychological distress and levels of disease activity in inflammatory bowel disease. *Ital J Gastroenterol* 1994; 26:111-115
109. Helzer JE, Chammas S, Norland CC, Stillings WA, Alpers DH. A study of the association between Crohn's disease and psychiatric illness. *Gastroenterology* 1984; 86: 324-330
110. Addolorato G, Stefanini GF, Capristo E, Caputo F, Gasbarrini A, Gasbarrini G Anxiety and depression in adult untreated celiac subjects and in patients affected by inflammatory bowel disease: a personality "trait" or a reactive illness? *Hepatogastroenterology* 1996; 43:1513-1517
111. Mikocka-Walus AA, Turnbull DA, Moulding NT, Wilson IG, Andrews JM, Holtmann GJ. Controversies surrounding the comorbidity of depression and anxiety in inflammatory bowel disease patients: a literature review. *Inflamm Bowel Dis* 2007; 13:225-234
112. Moser G Depression and anxiety in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol* 2009; 32 Suppl 2:9-12

## Bibliografía

113. Zigmond AS, Snaith RP The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370
114. De Boer AG, Sprangers MA, Bartelsman JF, de Haes HC. Predictors of health care utilization in patients with inflammatory bowel disease: a longitudinal study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998; 10:783-789
115. Feagan BG Review article: economic issues in Crohn's disease--assessing the effects of new treatments on health-related quality of life. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13 Suppl 4:29-37; discussion 38
116. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Fam Pract* 1998; 15: 519-524
117. Tomás R. TL, Álvarez MC., Cerdán Oliver M., Celada Rodríguez A., Solera Albero J. Disfunciones sexuales en Atención Primaria *Rev Medicina General y de Familia* 2007; 92:13-23
118. Grover SA, Lowensteyn I, Kaouache M, Marchand S, Coupal L, DeCarolis E. et al The prevalence of erectile dysfunction in the primary care setting: importance of risk factors for diabetes and vascular disease. *Arch Intern Med* 2006; 166:213-219
119. Hullfish KL, Pastore LM, Mormon AJ, Wernecke Y, Bovbjerg VE, Clayton AH. Sexual functioning of Latino women seeking outpatient gynecologic care. *J Sex Med* 2009; 6: 61-69
120. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E. et al Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004 1:35-39
121. Straus WL, Eisen GM, Sandler RS, Murray SC, Sessions JT. Crohn's disease: does race matter? The Mid-Atlantic Crohn's Disease Study Group. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:479-483
122. Blondel-Kucharski F, Chircop C, Marquis P, Cortot A, Baron F, Gendre JP. Health-related quality of life in Crohn's disease: a prospective longitudinal study in 231 patients. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:2915-2920
123. Sainsbury A, Heatley RV Review article: psychosocial factors in the quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21:499-508

## Bibliografía

124. Hjortswang H, Strom M, Almer S Health-related quality of life in Swedish patients with ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 1998; 93:2203-2211
125. Levenstein S, Li Z, Almer S, Barbosa A, Marquis P, Moser G. Cross-cultural variation in disease-related concerns among patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:1822-1830
126. Lennard-Jones JE Classification of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 1989; Suppl 170:2-6; discussion 16-19
127. Tejero A, Guimerá EM, Farré JM, Peri JM. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Depto Psiquiatría Facultad de Med Barna* 1986; 13:233-238
128. Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, Thompson D, Tomenson B, Creed F. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2002; 97:1994-1999
129. Barrett SM, Standen PJ, Lee AS, Hawkey CJ, Logan RF. Personality, smoking and inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1996; 8:651-655
130. Robertson DA, Ray J, Diamond I, Edwards JG Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1989; 30:623-626
131. Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PP, Kempen GI, Speckens AE, Van Hemert AM. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med* 1997; 27:363-370
132. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *Br J Psychiatry* 1990; 156:79-83
133. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Okamura H, Uchitomi Y. Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 1998; 28:333-338
134. Harvey RF, Bradshaw JM. A simple index of Crohn's-disease activity. *Lancet* 1980; 1:514
135. Lichtiger S, Present DH, Kornbluth A, Gelernt I, Bauer J, Galler G et al: Cyclosporine in severe ulcerative colitis refractory to steroid therapy. *N Engl J Med* 1994; 330:1841-1845

## Bibliografía

136. Bobes J, Gonzalez MP, Rico-Villandemoros F, Bascaran MT, Sarasa P, Clayton A Validation of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *J Sex Marital Ther* 2000; 26:119-131
137. Baker SG The central role of receiver operating characteristic (ROC) curves in evaluating tests for the early detection of cancer. *J Natl Cancer Inst* 2003; 95:511-515
138. Rexhepaj E(1), Brennan DJ, Holloway P, Kay EW, McCann AH, Landberg G et al: Novel image analysis approach for quantifying expression of nuclear proteins assessed by immunohistochemistry: application to measurement of oestrogen and progesterone receptor levels in breast cancer. *Breast Cancer Res* 2008; 10:R89
139. Zweig MH, Campbell G. Receiver-operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clin Chem* 1993; 39: 561-577
140. Gazzard BG, Price HL, Libby GW, Dawson AM. The social toll of Crohn's disease. *Br Med J* 1978; 2:1117-1119
141. Mountifield R, Bampton P, Prosser R, Muller K, Andrews JM. Fear and fertility in inflammatory bowel disease: a mismatch of perception and reality affects family planning decisions. *Inflamm Bowel Dis* 2009; 15:720-725
142. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53:144-148
143. Guassora AD, Kruuse C, Thomsen OO, Binder V. Quality of life study in a regional group of patients with Crohn disease. A structured interview study. *Scand J Gastroenterol* 2000; 35: 1068-1074
144. Hueting WE, Buskens E, van der Tweel I, Gooszen HG, van Laarhoven CJ Results and complications after ileal pouch anal anastomosis: a meta-analysis of 43 observational studies comprising 9,317 patients. *Dig Surg* 2005; 22:69-79
145. Gloeckner MR, Starling JR Providing sexual information to ostomy patients. *Dis Colon Rectum* 1982; 25:575-579
146. Carlsson E, Bosaeus I, Nordgren S What concerns subjects with inflammatory bowel disease and an ileostomy? *Scand J Gastroenterol* 2003; 38:978-984
147. Mir Piza J. Problemática de la asistencia primaria ante las disfunciones sexuales. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30:24-25

## Bibliografia

148. Borum ML, Igiehon E, Shafa S. Physicians may inadequately address sexuality in women with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2010; 16:181
149. Dubinsky M.: Sexual dysfunction in Inflammatory Bowel Disease. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:S65-S67